

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Studijní obor: Ošetřovatelství 5341R003



**Hana Zelená Chvojková**

Ošetřovatelská kazuistika u klienta drogově závislého

The Nurse Casuistry At a Drug Addicted Client

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Eva Marková

Datum obhájení práce

Praha, 2010

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby tato závěrečná práce byla archivována v Ústavu vědeckých informací 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a zde užívána ke studijním účelům. Za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

Souhlasím se zpřístupněním elektronické verze mé práce v Digitálním repozitáři Univerzity Karlovy v Praze (<http://repozitar.cuni.cz>). Práce je zpřístupněna pouze v rámci Univerzity Karlovy v Praze.

**Souhlasím**

V Praze, 17. 5. 2010

Hana Zelená Chvojková

.....

## **Poděkování**

Děkuji tímto, Mgr. Evě Markové, za odborné vedení bakalářské práce a za cenné rady, které mi pomohly při jejím zpracování.

Dík patří také klientovi zmiňované terapeutické komunity, který se mnou ochotně spolupracoval a poskytl mi potřebné informace.

# Obsah

<b>ÚVOD</b> .....	<b>8</b>
<b>1. KLINICKÁ ČÁST</b> .....	<b>9</b>
1.1 Historie užívání návykových látek .....	9
1.2 Návykové látky .....	10
1.2.1 Základní typy návykových látek.....	13
1.2.2 Účinky návykových látek na organismus a psychiku člověka .....	18
1.2.3 Způsoby užívání návykových látek a některá jejich rizika .....	25
1.3 Závislost (syndrom závislosti).....	38
1.3.1 Terapie závislostí .....	44
1.4 Drogová epidemiologie .....	54
1.5 Protidrogová politika .....	57
1.6 Struktura protidrogové prevence.....	61
1.6.1 Primární prevence .....	62
1.6.2 Sekundární prevence .....	63
1.6.3 Terciální prevence .....	63
1.7 Národní organizace ve vztahu k problematice návykových látek .....	70
<b>2. EMPIRICKÁ ČÁST</b> .....	<b>73</b>
2.1 Cíle empirické části .....	73
2.2 Teoretický model .....	74
2.3 Ošetrovatelský proces.....	76
2.4 Charakteristika výzkumného zařízení.....	77
2.5 Kazuistika klienta užívajícího heroin .....	83

2.5.1	Lékařská anamnéza a diagnostika .....	84
2.5.2	Diagnostická a terapeutická péče .....	87
2.5.3	Ošetrovatelská anamnéza a současný stav pacienta .....	93
2.3.4.	Ošetrovatelské diagnózy .....	106
2.3.5	Cíle, plány, realizace a hodnocení .....	106
2.5.4	Závěr a ošetrovatelská prognóza .....	116
2.5.5	Sebereflexe .....	117
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>		<b>119</b>
<b>PŘEHLED POUŽITÝCH ZKRATEK .....</b>		<b>120</b>
<b>ZDROJE INFORMACÍ.....</b>		<b>122</b>

## **Identifikační záznam**

ZELENÁ CHVOJKOVÁ, Hana. *Ošetrovatelská kazuistika u klienta drogově závislého. [The Nurse Casuistry At a Drug Addicted Client]*. Praha, 2010. 132 s., 2 přílohy. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství 1. LF UK. Vedoucí práce Eva Marková.

## **Abstrakt**

Cílem bakalářské práce s názvem Ošetrovatelská kazuistika u klienta drogově závislého je seznámit čtenáře nejen s problematikou závislosti na návykových látkách, ale především s nesnáze, s kterými se závislí lidé potýkají při léčbě své závislosti na návykových látkách i ve svém osobním životě. Práce je psána formou kazuistiky s klinickým úvodem do problematiky, právě proto, aby mohlo být popsáno, v jak složité situaci se závislí lidé nacházejí. Klinická část se stručně věnuje problematice návykových látek jako takových. Dále popisuje závislosti na návykových látkách. Zabývá se možnostmi terapie, které mohou využít závislí uživatelé, mající odhodlání změnit svůj dosavadní způsob života. A v neposlední řadě se klinická část práce věnuje protidrogové prevenci. Nejvíce však prevenci primární, protože ta zahrnuje nejširší spektrum obyvatelstva a je nejdůležitější pro to, aby se závislími stalo co nejméně lidí, zejména dětí. Empirická část popisuje ošetrovatelský proces u konkrétního klienta léčícího svou závislost na heroinu v nejmenované terapeutické komunitě. Zahrnuje lékařskou a ošetrovatelskou část. Lékařská část je zaměřena na diagnostiku a způsob terapie. Ošetrovatelská část se pak zabývá zejména potřebami klienta, jejich uspokojováním a také hlavními ošetrovatelskými diagnózami a jejich řešením.

## **Klíčová slova**

návyková látka (droga); heroin; závislost; užívání; aplikace; prevence; intoxikace; terapie; terapeutická komunita

## **Abstract**

The bachelor work target entitled „The Nurse Casuistry At a Drug Addicted Client“ is to introduce readers both the drug addiction problem and the difficulties which have to be battled in the addiction therapy as well as in their personal lives by the concerning people. The reason why the pursuit has been written in the casuistry form with the clinical introduction to the problem is a better description of all the complicated situation the addicted people inhere in. The clinical part in the first segment has been focused on addictive drugs in themselves. The second one describes the particular reliance as well as it outlines the possibilities of the therapy offered to such users afflicted in this way who have decided to change their present live styles. The last but not least, the prevention has been pursued in the clinical part – the primary prevention all above because it involves the widest population spectrum and its purpose is the smallest number of addicted people, mainly children. The empirical part represents the nurse process at the concrete client curing his heroine addiction in an unnamed curative community. It includes both the medical and the nurse sections. The medical section has been focused on the diagnostics and the method of therapy. The nurse one deals with the client needs and their satisfying and finally, the major nurse diagnostics and their solving.

## **Keywords**

addictive substance (drug); heroin; dependence; abuse; application; prevention; intoxication; therapy; therapeutic community

## Úvod

Návykové látky a závislosti na nich jsou v dnešní době, troufám si říci, celosvětově velice aktuálním tématem a závažným problémem. Dle mého názoru je největším nebezpečím fakt, že každá návyková látka může mít pro uživatele fatální následky a bohužel nikdy se stupeň tohoto rizika nedá předem odhadnout. Tento fakt je dán zejména individualitou každého organismu, ale také mírou účinné látky obsažené v dané droze, která je pro uživatele předem neurčitelná. Další hrozbu spatřuji ve stále se snižujícím věku uživatelů při prvním kontaktu s návykovou látkou. I přes aplikaci primární prevence je stále velké procento závislých. Přestože jsou různé a propracované možnosti terapie léčbu dokončí a do běžného života se zapojí jen relativně malé procento klientů.

Téma mé bakalářské práce je ošetřovatelská kazuistika u klienta drogově závislého. Toto téma jsem si zvolila proto, že problematiku drogových závislostí vnímám jako naléhavý společenský problém týkající se širokého spektra obyvatelstva. Mou další motivací byla osobní zkušenost s drogovou závislostí v rodině.

Má práce se skládá z části klinické a části empirické. V klinické části práce se snažím obecně popsat návykové látky jako takové, vystihnout jejich vývoj, rizika spojená s jejich užíváním a obecné zásady a možnosti terapie. Dále se snažím vystihnout podstatu závislosti na návykových látkách a zásady protidrogové prevence. Také uvádím právní podložení drogového problému. Empirická část obsahuje teoretický ošetřovatelský model, stručnou charakteristiku zařízení, ve kterém jsem sbírala podklady pro zpracování ošetřovatelské kazuistiky a vlastní ošetřovatelskou kazuistiku. Tu uvádím proto, abych dokreslila teoretickou část příkladem péče o klienta se závislostí na heroinu v počáteční fázi terapie v terapeutické komunitě.



# 1. Klinická část

## 1.1 Historie užívání návykových látek

V této kapitole je ve stručnosti popsán vývoj a významné objevy v oblasti návykových látek a také vývoj postojů lidstva k návykovým látkám.

Užívání návykových látek člověkem sahá do prehistorie, archeologické nálezy dokazují jejich užívání až do doby před deseti tisíci lety. Nejstarší záznamy o kulturním užívání pocházejí z doby před pěti tisíci lety. (Psychoaktivní droga, 2009). V Řecku přestávají být drogy považovány za nadpřirozenou věc, jsou chápány jako látky vyvolávající chlad, teplo, sucho, vlhkost, stahy a uvolnění nebo spánek. Řekové, jako první, zaznamenali jev, kterému dnes říkáme tolerance. Viděli v něm ale pouze postupně zvyšující se odolnost vůči látce. Nedokázali zatím odhalit vznikající závislost. Nejoblíbenější drogou ve starém Řecku bylo opium. Nikdo však nezmiňoval jakékoli negativní účinky opia. Nejrozšířenější drogou starého Řecka byl alkohol, konkrétně víno. Staří Římané převzali návykové látky i jejich pojetí od Řeků. V císařské době se často při setkáních kouřivalo samičí konopí. Základními rostlinami v Římě byl ale mák a vinná réva. Tedy základními drogami opium a alkohol. Lékař Galén doporučoval svým pacientům k léčbě téměř většiny neduhů opium. (Historie drog, 2007)

Ve středověku byly návykové látky úzce spjaty s čarodějnictvím. Platilo, že pokud se jakákoli droga kromě alkoholu použije k náboženským účelům, nebo jen k osobnímu potěšení, bude toto použití trestáno mučením a smrtí. Nebylo však specifikováno, co je to droga. (Historie drog, 2007)

Po objevení Ameriky se do Evropy rozšířil tabák, koka, Kakao a guarana. V 18. století se tabák stává legální drogou. V 19. století zaznamenala věda mnohé objevy. Byly objeveny aktivní látky různých rostlin, například roku 1806 byl objeven morfin, roku 1832 kodein, roku 1841 kofein, roku 1860 kokain, v roce 1883 heroin, roku 1903 barbiturát a řada dalších. (Historie drog, 2007) Na přelomu 19. a 20. století jsou všechny známé drogy volně k dostání v lékárnách a drogeriích. To se týká Asie, Evropy i Ameriky.

(psychoaktivní droga, 2009) V Americe se ale začala zvedat první vlna odporu a během 20. století začalo být užívání, výroba a obchodování s psychoaktivními látkami většině států světa kriminalizováno. V roce 1914 byl schválen trestní zákon, který zakazuje používání těchto látek k jinému účelu, než medicínskému. Příkladem může být prohibice, kdy bylo ve Spojených státech amerických třináct let zakázáno užívání alkoholu. Přesto se objevovaly nové drogy, jež ještě nebyly kriminalizovány, například amfetaminy nebo LSD. Amfetaminy se volně prodávali v lékárnách jako prostředky proti zánětu nosohltanu, nevolnosti, obezitě, depresi a předávkování hypnotiky. Jednalo se o stimulanty desetkrát silnější a přitom o mnoho levnější než kokain. (Historie drog, 2007)

## 1.2 Návykové látky

Existuje mnoho definic návykové látky. Mnoho autorů zpracovalo tuto definici s různými odlišnostmi. Presl považuje za návykovou látkou „každou přírodní, nebo syntetickou látku, která splňuje dva základní požadavky. Za prvé má tzv. psychotropní účinek a za druhé může vyvolat závislost.“ (Presl 1994 str. 9) dle Nešpora a Csémyho je návyková látka „každá chemická nebo přírodní látka, která mění duševní stav člověka a ovlivňuje myšlení, cítění nebo jednání.“ (Nešpor Csémy 1997 str. 36) A dle Kaliny jsou to „látky s vlastnostmi, které povzbuzují návykové nebo pravidelné užívání.“ (Kalina 2001 str. 32) Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je návykovou látkou "jakákoliv substance, která když je vpravena do živého organismu, může změnit jednu nebo více jeho funkcí." „Za omamné prostředky a jedy ve smyslu § 187 a 188 trestního zákona se považují látky uvedené v seznámech omamných a psychotropních látek a zvláště nebezpečných jedů v přílohách zvláštního předpisu. Omamným prostředkem podle odstavce 1 není látka, se kterou se pod odborným dohledem zachází k účelu léčení, mírnění, prevenci nebo diagnóze chorob.“

Jak je vidět, každá definice pojatá jiným autorem, má svá specifika podle účelu, k jakému byla sestavena. Není s podivem, že definice určená

k legislativním účelům má mnohé odlišnosti od definice Světové zdravotnické organizace. Také je rozdíl v definicích určených pro veřejnost a pro výukové účely. Jednoznačně však všechny uvedené definice spojuje fakt, že návyková látka v organismu vyvolává, krátkodobě či dlouhodobě, změny psychiky člověka.

Obrázek č. 1 Různé druhy návykových látek v různých formách a podobách (psychoaktivní droga, 2009)



V kazuistice se zabýváme klientem se závislostí na heroinu, proto je důležité uvést stručnou charakteristiku této konkrétní návykové látky. Další skupiny návykových látek jsou uvedeny níže v práci v kapitole 1.2.1

Heroin je opiový alkaloid, je derivátem morfinu. Chemický název heroinu je diacetylmorfin. Poprvé byl syntetizován v roce 1874 v Londýně a původně byl připraven jako nenávyková náhražka morfinu. Dříve se hojně používal v lékařství k tišení bolesti, v současnosti se v ČR léčebně nepoužívá. Ve Velké Británii je ale stále k dostání na lékařský předpis jako opioidní analgetikum. Je dva a půl krát silnější nežli morfin. Je to jedna z nejnebezpečnějších drog vůbec. Vyvolává silné pocity euforie, které postupně mizí se zvyšující se tolerancí. Může rychle vyvolat psychickou i fyzickou závislost. V České republice, stejně jako v mnoha jiných státech, je jeho výroba, držení a prodej ilegální. Pro černý trh je heroin vyráběn

rafinací surového opia. Užívání heroinu je většinou intravenózní. (Heroin, 2010)

Obrázek č. 2 Bílý a hnědý heroin v práškové podobě

(Konečný, 2004)



Obrázek č. 3 naříznutá hlavice makovice a na ní zaschlé surové opium

(Konečný, 2004)



### 1.2.1 Základní typy návykových látek

V této kapitole se zabýváme stručným popisem základních typů návykových látek. Návykové látky je možné rozdělit do dvou skupin. Presl používá způsob dělení též užívaný v Holandsku na skupinu „s akceptovatelným rizikem a na skupinu s rizikem neakceptovatelným“. Mnoho autorů používá dělení na drogy tvrdé a drogy měkké. K návykovým látkám skupiny s akceptovatelným rizikem Presl řadí „kofein, tabák, THC a alkohol“. Ke skupině s neakceptovatelným rizikem pak všechny ostatní návykové látky. (Presl 1994 str. 10-11)

Jakákoli návyková látka, která je uvedena v následující kapitole, může vyvolat vznik závislosti nebo dokonce smrt z předávkování látkou, nebo z jejího dlouhodobého užívání. To se samozřejmě týká i alkoholu a tabáku. Proto se domníváme, že všechny návykové látky jsou stejně nebezpečné a jejich dělení na měkké a tvrdé může vést ke ztrátě obav z tzv. lehkých drog a to zejména u dětí. To může být velice nebezpečné. Dělení návykových látek je významné z popisného a pedagogického hlediska. Velice dobré a výstižné je užití dělení na drogy legální a nelegální.

## Alkohol

Alkohol je jednouchá chemická látka, která snadno proniká k různým orgánům včetně mozku, kde ovlivňuje funkci mozečku (cerebellum). Její obsah v alkoholických nápojích kolísá zhruba od 2-3% (pivo) do asi 40% v destilátech. Důležitá není jen koncentrace alkoholu v tom kterém nápoji, ale i jeho množství. Alkohol je pro děti a mladistvé mnohem nebezpečnější nežli pro dospělé. Jejich játra nejsou schopna alkohol odbourávat v takové míře jako u dospělých a navíc mají menší tělesnou hmotnost. Již velmi malé množství alkoholu může vyvolat u dětí nebezpečné otravy. Návyk na alkohol se u dětí a mladistvých lidí vytváří velmi rychle. Alkoholické nápoje u mladých lidí zvyšují nebezpečí jaterních onemocnění, hypertenze, onemocnění gastrointestinálního traktu, onemocnění nervového systému i duševních

chorob. Alkohol (podobně jako tabák a marihuana) se někdy nazývají „průchozí drogy“. Znamená to, že část dětí z nich přechází k látkám ještě nebezpečnějším. Podle jistého amerického výzkumu, je riziko škodlivého užívání drog vyšší u dětí, které začaly pít alkohol nebo kouřit v mladším věku. (Nešpor, Csémy 1997)

## **Kanabioidy**

Název je odvozen od rostliny konopí seté, latinsky *canabis sativa* ze kterého se vyrábí marihuana a hašiš. Jako marihuana jsou označovány sušené, ale i jinak zpracované listy a květenství konopí. Jako hašiš pak zaschlá formovaná pryskyřice ze samičích rostlin konopí. (Presl 1994) Obsah účinných látek v hašiši je větší, může být až desetinásobný ve srovnání s marihuanou. Účinek drog z konopí působí látka tetrahydrokanabiol, zkráceně THC. Jedná se o vysoce účinnou látku, mnohem jedovatější nežli alkohol. Uvádí se, že pouhý jeden gram kvalitního hašiše může omámit 3 až 4 osoby. Marihuana se nejčastěji kouří, drogy z konopí se však také přidávají do nápojů, cukrovinek apod. Droga se z Těla vylučuje jen velmi pomalu, má tendenci se ukládat v tukové tkáni. Po vykouření jedné cigarety lze prokázat 40 až 50 % THC v buněčných membránách po 4–8 dnech, 10 až 20 % drogy po 30 dnech a 1 % dokonce po 48 až 138 dnech. Je tedy pochopitelné, že při pravidelném zneužívání se droga v těle hromadí. To může mít nepříznivé účinky na tělesné i duševní zdraví. Marihuanové cigarety obsahují více karcinogenů nežli tabák. K velkým sociálním rizikům marihuany a hašiše patří podněcování sklonu k násilnosti, poruchy paměti, nezáměr a apatie. Na rozdíl od laických názorů vyvolávají závislost i drogy z konopí. Mimořádně nebezpečná je marihuana a hašiš pro lidi s kardiovaskulárním onemocněním, s hypertenzí a pro lidi psychicky labilní. Švédský výzkum prokázal mezi lidmi dlouhodobě zneužívajícími marihuanu vyšší výskyt schizofrenie. Užívání marihuany sice automaticky nevede k užívání jiných drog, marihuana ale toto riziko zvyšuje. (Nešpor, Csémy 1997)

## **Sedativa, hypnotika, analgetika**

Naprostá většina těchto terapeuticky užívaných léků může vyvolat návyk. K nejnebezpečnějším z nich patří ty, které obsahují barbituráty. Fenobarbital je nebezpečný vzhledem ke svému dlouhodobému účinku, nebezpečí hromadění v těle, a riziku návyku. Otravy léky obsahující barbituráty mohou být velmi nebezpečné. (Nešpor, Csémy 1997)

## **Těkavé látky**

Těkavé látky jsou velkou skupinou organických rozpouštědel. U nás je nejvíce zneužívaným zástupcem této skupiny toluen. Organická rozpouštědla jsou velice nebezpečnou drogou. Jestliže uživatel upadne do bezvědomí a zůstane v atmosféře prosycené jejich parami, hrozí smrtelná otrava. (Presl 1994) Při delším zneužívání dochází k poškození jater, krvetvorby a mozku. Jedná se o velice riskantní způsob braní drog s rizikem smrtelných otrav. Zneužívání může probíhat v epidemiích. Uživatelé jsou většinou mladšího věku. (Nešpor, Csémy 1997)

## **Stimulancia**

Nejčastěji zneužívaným stimulantem u nás je pervitin (metamfetamin). Do této skupiny patří mnoho látek, např. amfetamin, efedrin, fermetrazin, a dexfermetrazin a kofein. Tyto látky zvyšují bdělost a stimulují organismus po stránce tělesné i duševní. Někdy bývají zneužívány jako doping. Mohou vyvolávat halucinace, stihomamy, deprese po odeznění účinku drogy. Ilegálně se pervitin vyrábí právě z efedrinu. Efedrin je obsažen v některých lécích proti kašli. Při výrobě se používá mimo jiné fosfor a jod, který nebývají výrobci schopni odstranit z konečného produktu, což zvyšuje jeho jedovatost. (Presl 1994)

Pervitin se zneužívá šňupáním nebo intravenózně. Jde o mimořádně silnou drogu. Intravenózní způsob podání zvyšuje výskyt komplikací

popsaných kapitole 1. 4. (Presl 1994) V pokročilejších stádiích problému se droga často zneužívá v tzv. tazích trvajících i více dní. Ty jsou pak následovány stavy vyčerpání a spánkem. Dále do této skupiny je možné dále zařadit MDMA drogu jinak zvanou ectasy. MDMA má i halucinogenní účinky, proto ji Nešpor a Csémy zařazují do halucinogenů. Dále drogu PCP, která byla původně vyráběna jako léčivo, veterinární anestetikum. MDMA má i halucinogenní účinky a tak je zařazena i do halucinogenů. (Nešpor, Csémy 1997)

## **Opiáty**

K nejčastěji zneužívaným látkám této skupiny patří heroin, opium, které obsahuje celou řadu alkaloidů, mezi ně patří morfin a kodein. Dalším opiátovým analgetikem na které vzniká návyk a je často zneužíváno je dolsin. Heroin se ilegálně vyrábí z kodeinu. Zneužívá se injekčně a vyvolává silnou závislost s výrazným odvykacím syndromem. Heroin je nejsilnější látkou této skupiny. (Presl 1994) Kromě rychlého rozvoje závislosti s sebou nesou opiáty další velké nebezpečí předávkování. Na černém trhu se objevují drogy různé koncentrace, takže je snadná možnost záměny silnější drogy za slabší. Hrozí tak těžká otrava, někdy i se smrtelným následkem. Na opiáty roste tolerance. To znamená, že k dosažení stejného účinku se musí zvyšovat dávka drogy. Po přestávce ve zneužívání opiátů tolerance vůči opiátům prudce klesá. Použití stejně vysoké dávky může vést ke smrtelné otravě. (Nešpor, Csémy 1997)

## **Kokain**

Kokain patří k nejnebezpečnějším drogám vůbec. Svými účinky má blízko k pervitinu, působí ale kratší dobu. Zneužíván bývá šňupáním, intravenózně, a nověji kouřením. Slovo „crack“ označuje vysoce koncentrovaný kokain smíchaný s jedlou sodou a vodou. Většinou se kouří a závislost vzniká velmi rychle. Při vysazení se neobjevují tělesné potíže,



ale silná touha po droze a nepříjemné duševní stavy, typicky deprese. (Nešpor, Csémy 1997)

## **Halucinogeny**

Základním efektem těchto látek je změna vnímání. Vnímání může být porušeno do různé hloubky. Presl uvádí, že užití nízkých dávek může mít kvalitativně zcela odlišný efekt od dávek plně účinných. V této skupině se nevyskytuje abstinenční syndrom. (Presl 1994)

Kromě LSD, jehož škodlivé užívání je u nás velice rozšířené, existuje řada látek této skupiny. K nejnebezpečnějším patří MDMA (ectasy), při jejímž předávkování může dojít k poškození mozku. Tato droga má velmi nepředvídatelné účinky. Za ectasy se ovšem často vydává do tablet zpracovaný pervitin. Halucinace vyvolávající účinek mají i drogy jiných skupin. Například některé stimulační látky jako pervitin a také organická rozpouštědla. Halucinogeny, pervitin i marihuana mohou vyvolávat tzv. flashback. Při něm se dostavuje pocit jako po použití drogy, i když požitá nebyla. Nejpozději po dvou letech abstinence flashbacky přestanou. (Nešpor, Csémy 1997)

## **Tabák**

Je pravdou, že účinky tabáku se ve srovnání s ostatními drogami neprojevují tak rychle a dramaticky, vzhledem k rozšířenosti kouření tabáku jsou však citelné. Podle zahraničních pramenů může být kolem 30 % malignit způsobeno kouřením tabáku. Podle britských odhadů v České republice denně umírá na následky kouření tabáku 63 lidí. Tabákový kouř obsahuje množství škodlivin, látek jako dehet, kysličník uhelnatý, formaldehyd, arsenid a kyanid. Z velkého množství chemikálií v tabákovém kouři je ovšem návyková pouze jediná a to nikotin. Dlouhodobé účinky kouření tabáku jsou známy již dlouho. Kromě zhoubných nádorů a srdečních onemocnění jsou to onemocnění dýchacího systému, onemocnění cév, poškození žaludku atd.

Bez rizika nejsou ani takzvaní pasivní kuřáci, tedy ti, kdo se zdržují v zakouřených prostorách, i když sami nekouří. To se týká zvláště dětí, protože jejich odolnost je menší. Hrozí jim záněty dýchacích cest a astma. Ten, kdo žije ve společné domácnosti s málo ohleduplným kuřákem, zatěžuje své tělo dávkou zhruba dvou cigaret za den, i když sám nekouří. (Nešpor, Csémy 1997)

### **1.2.2 Účinky návykových látek na organismus a psychiku člověka**

V této kapitole je v první řadě zmíněna farmakodynamika a farmakokinetika drogy v těle a to proto, aby bylo zřejmé, jaký osud má návyková látka v organismu. Dále jsou popsány specifické známky užívání jednotlivých návykových látek.

#### **Farmakodynamika a farmakokinetika drogy**

Farmakodynamikou rozumíme, jaké jsou účinky drogy na organismus. Farmakokinetikou pak, jak se droga v organismu vstřebává a jak ji dokáže organismus eliminovat. Na absorpci látky z místa podání se podílejí jak procesy biotransformace, tak procesy vylučování látek. Tyto jsou závislé na fyzikálně-chemických vlastnostech látky a na tkáňových oddílech, jako je plasma, intracelulární a extracelulární prostor. Tyto oddíly jsou odděleny bariérami, které jsou různě propustné pro různé látky. Postupné fáze těchto dějů jsou: *aplikace* (inhalace, šňupání, per os, intravenózně...), dále *resorpce* (vstřebávání látky do krve), *distribuce* mezi krví a tkáněmi, *biotransformace* (přeměna chemické struktury látky a tvorba aktivních a inaktivních metabolitů) a konečná fáze *eliminace* (většina drog se metabolizuje v játrech a vylučuje ledvinami, tedy močí). V této fázi se uplatňuje enterohepatální cirkulace. Je to cyklus znovu vstřebávání látek a jejich metabolitů, již prošlých játry, žlučí do střeva a ze střeva opět krví do jater dokud není organismus zcela detoxikován. Takto se mohou objevit ve střevě i látky

aplikované například intravenózně. Při uvolňování látky ze tkání je důležité prokrvení té které tkáně. Například tuková tkáň je prokrvená méně a proto při dlouhodobém abusu marihuany tuto látku nacházíme v tuku dlouho po vlastní intoxikaci. (Dostálek 2006)

## **Specifické známky zneužívání alkoholu nebo drog**

Jako podklad pro tuto část posloužil výčet příznaků uvedený Nešporem a Csémym (1997). Ten je doplněn o poznatky dalších autorů.

### **Alkohol**

#### Brzké známky užívání alkoholu

Hlavním příznakem užívání alkoholu je alkohol v dechu, někdy maskovaný bonbóny, žvýkačkami apod., dále zarudlé oči, zhoršená pohybová souhra, nejistá chůze, ospalost, nezřetelná výslovnost, často oslabení zábran, slovní nebo fyzická agrese, bolesti hlavy v kocovině, rozlady, deprese. Deprese. Opilost nebo otrava alkoholem u dětí může nastat i po malých dávkách alkoholu. (Nešpor, Csémy 1997) Nešpor, Csémy a Pernicová uvádějí čtyři stádia opilosti. 1. Excitační stádium nastává po menších dávkách alkoholu. Projevuje se oslabením opatrnosti, hovorností, sebeprosazováním a slovní, někdy i fyzickou agresivitou. 2. Somnolentní fáze se projevuje celkovým útlumem organismu a spavostí. 3. V komatózní fázi se uživatel dostává do stavu bezvědomí. 4. Asfytická fáze, která se projevuje zástavou dechu při utlumení dechového centra v prodloužené míše vlivem alkoholu. (Nešpor, Csémy, Pernicová 1996)

#### Pozdní známky užívání alkoholu

Po odeznění účinku alkoholu se mohou objevit tzv. okénka. To znamená, že si uživatel nepamatuje, co dělal pod vlivem alkoholu, dále

třes například rukou ale i celkový. Postupně se zvyšuje odolnost vůči alkoholu, objevuje se samotářské pití, hltavé pití, uživatel Ztrácí nepijící přátele. Alkohol je používán k uklidnění a snižuje se schopnost pití ovládat a zastavit. Dále se častěji objevují úrazy, jako jsou hematomy, popáleniny nebo pořezání. A také tělesné nemoci, jako např. onemocnění jater, gastrointestinálního traktu nebo hypertenze. Uživatelé pijí při nevhodných příležitostech. Příkladem je řízení motorového vozidla pod vlivem alkoholu. (Nešpor, Csémy 1997)

## **Kanabioidy**

Brzké známky užívání marihuany nebo hašiše

Subjektivně je v počátcích vnímán pocit suchosti v ústech, dráždivý kašel, někdy palpitace a stavy úzkosti, častěji stavy euforie. (Presl 1994) Objektivně lze pozorovat zarudlé oči, zrychlený puls, dlouhodobější kašel, pach potu po spálené trávě, nezájem a chladné končetiny. Subjektivně dále hlad, únava a kolísání nálad. Je vyšší riziko úrazů a dopravních nehod. Po odeznění účinku drogy může nastat tzv. kocovina a únava. (Nešpor, Csémy 1997)

Pozdní známky užívání marihuany nebo hašiše

Jsou to například menší péče o zevnějšek, podrážděnost, zhoršená schopnost soustředění, horší prospěch, delší reakční čas (horší postřeh), i když nebyla droga požitá, zhoršení krátkodobé paměti, nepravidelný menstruační cyklus, nižší obratnost, zhoršená schopnost orientace v čase a prostoru, neochota přebírat zodpovědnost, nevyzrálost, kolísání nálad, zpomalení životního rytmu, ztráta kvalitních zájmů, závislost projevující se zneužíváním drogy i při zcela nevhodných příležitostech, neplodnost u mužů a nebezpečí poškození plodu u těhotných žen. Chronické

konjunktivitidy, laryngitidy, chronické záněty dýchacích cest, vyšší riziko vzniku karcinomu, imunosuprese, povahové změny, citové otupění, ztráta hodnot, vyšší riziko duševních poruch zejména u duševně labilnějších jedinců. (Nešpor, Csémy 1997)

## **Sedativa, hypnotika, analgetika**

Brzké známky užívání těchto tlumivých léků

Po požití větší dávky tlumivých léků se objevují příznaky jako je zpomalená řeč, uživatel působí dojmem opilého, aniž je cítit z dechu alkohol. Dále pak poruchy myšlení, poruchy orientace, úsudku, ospalost, kolísání nálad, zpomalený dech a bolesti hlavy. (Nešpor, Csémy, Pernicová 1996)

Pozdní známky užívání těchto tlumivých léků

Při dlouhodobém užívání se objevuje trvalá roztřesenost, nechutenství, poruchy výživy, stihomamy. Dále zvýšená kazivost zubů, kardiovaskulární poruchy. Na těchto lécích vzniká psychická i fyzická závislost a odvykací obtíže při vysazení vysokých dávek. Ty mohou ohrozit život uživatele, například kumulovanými epileptickými záchvaty. (Nešpor, Csémy 1997)

## **Těkavé látky**

Brzké známky inhalace organických rozpouštědel

Z dechu i z oděvu je cítit zápach po chemikáliích, obluzenost, rozšířené zornice, zarudlé oči, nepřítomný pohled, nebezpečí smrtelné otravy je i při prvním zneužití, rozjařenost a poruchy vnímání při otravě přecházejí ve spánek, méně často obluzení přetrvává dlouhodoběji. Nezřetelná výslovnost, nesmyslný smích. (Nešpor, Csémy 1997)

## Pozdní známky inhalace organických rozpouštědel

Po dlouhodobém zneužívání se objevuje nezáměr o okolí, lenivost, horší prospěch ve škole a zanedbávání školy. Dále zvýšené jaterní testy a poruchy krvetvorby a poruchy paměti. Vzniká závislost na droze a uživatelé inhalují těkavé látky i při zcela nevhodných příležitostech. (Nešpor, Csémy, Pernicová 1996) Těkavé látky hrubě poškozují tkáně organismu, se kterými je při inhalaci v kontaktu. Vede k poškození dýchacích cest. Postupně dochází k prokazatelnému poškození jater a mozkové kůry. (Presl 1994) vyrážka kolem úst a nosu, zhoršená pohybová souhra, akutní ohrožení funkce srdce a dýchacích cest. (Nešpor, Csémy 1997)

## **Stimulancia včetně pervitinu**

### Brzké známky užívání pervitinu a dalších stimulancií

Uživatel má zrychlený tep, rozšířené zornice, je neklidný, podrážděný. Dále se může vyskytovat vzrušení, třes, podezíravost a úzkosti. Po doznění účinku drogy útlum a deprese, často spánek. Při předávkování nebo při komplikacích stihomamy a úzkostné stavy. (Nešpor, Scémy 1997)

### Pozdní známky užívání pervitinu a dalších stimulancií

Prakticky u všech uživatelů se při dlouhodobém užívání této skupiny látek dochází k zásadním změnám psychiky. (Presl 1994) Poruchy spánku, halucinace, sluchové halucinace, stihomamy, podivné chování, horečky, pocení, vyrážky, větší náchylnost k nemocem, bolesti hlavy, poruchy vidění, častější úrazy, agrese vůči druhým, poškození srdce a jater, riziko smrtelných otrav, zvyšování dávek zejména však častější zneužívání drogy. (Nešpor, Csémy 1997)

## **Opiáty**

Brzké známky zneužívání návykových látek opiátového typu

Při prvním užití této látky uživatel nemusí zaznamenat žádný účinek. Může vyvolat nevolnosti až zvracení. (Presl 1994) Dále stav trvající desítky minut až hodin tichého obluzení následovaný tzv. kocovinou, po požití zúžení zornic a celkový útlum. (Nešpor, Csémy 1997)

Pozdní známky zneužívání návykových látek opiátového typu

Při dlouhodobém užívání se objevuje tzv. „stereotyp drogového života“. To znamená, že se uživatel ráno probouzí s odvykacími příznaky a celý den se věnuje pouze shánění drogy. (Presl 1994) Odvykací příznaky se projevují rozšířením zornic, dále tachypnoe, tachykardie, slzení, rýma, průjem, nadměrné pocení, nechutenství, neklid, křeče, bolesti svalů a kloubů, někdy je přítomen i vzestup tělesné teploty. Typicky zvýšené finanční nároky, krádeže v domácnosti, voskově bledá barva kůže, ztráta zájmů kromě zájmu o drogu, ztráta potence u mužů a poruchy menstruačního cyklu u žen. V průběhu povrchových žil stopy po vpichu, často v zánětu. (Nešpor, Csémy 1997)

## **Kokain**

Brzké známky užívání kokainu

Uživatel má rozšířené zornice výtok z nosu, pocení, chraplavý hlas, zvýšená citlivost na světlo i zvuky, bledost, kolísání nálad, záchvaty vzteku, spánková inverze (spánek ve dne bdění v noci). (Nešpor, Scémy 1997)

## Pozdní známky užívání kokainu

Uživatel může mít po dlouhodobém užívání kokainu kašel s produkcí tmavého hlenu, zácpa, bolesti v krku, krvácení z nosu, záchvaty křečí, ztráta váhy, problémy s pamětí, stihomamy, sklon k násilí, deprese, suicidální sklony. (Nešpor, Csémy 1997) Objevují se duševní poruchy a závislost se rychle rozvíjí. Může nastat smrt při akutním kardiálním nebo respiračním selhání. (Nešpor, Csémy, Pernicová 1996)

## **LSD a další halucinogeny „tripy“**

### Brzké známky požití látek skupiny opiátů

Účinek těchto drog je nevypočitatelný. A to při prvním i následném užívání. Obecně lze říci, že způsobují halucinace jakéhokoli typu. Od příjemných k velice hroživým. (Presl 1994) Při intoxikaci rozšířené zornice, zčervenání, tachykardie, horší sebeovládání, snazší ovlivnitelnost, abnormální chování, zhoršená schopnost rozhodování. (Nešpor, Csémy 1997)

### Pozdní známky užívání látek skupiny opiátů

Při dlouhodobém užívání vzniká riziko psychického návyku, nebezpečí pro duševní zdraví, vyšší riziko malignit, epileptických záchvatů, horší kontakt s realitou. Jsou zvláště nebezpečné pro lidi psychicky labilní. (Nešpor, Csémy 1997) LSD může být tzv. spouštěčem latentní psychózy. (Presl 1994)

## **Tabák**

### Brzké známky kouření tabákových cigaret

Typický je zápach z úst, u kuřáků začátečníků mohou být projevy otravy nikotinem jako bledost, studený pot, nevolnost, zvracení, bolesti hlavy,



pokleslá nálada. Zornice jsou nejdříve zúženy, pak rozšířeny. (Nešpor, Csémy 1997)

Pozdní známky kouření tabákových cigaret

Při dlouhodobém kouření tabáku se objevuje zažloutnutí kůže a nehtů na prstech, kašel typicky ráno, pokles tělesné výkonnosti, bolesti žaludku, kardiální obtíže. Dále impotence u mužů a riziko poškození plodu u těhotných žen. Spalování tabáku má nepříznivé účinky na pokožku obličeje, pleť rychleji stárne, vznikají alergie na složky tabákového kouře a astma. Odvykací obtíže po vysazení nikotinu jsou někdy minimální, jindy je přítomna podrážděnost, nervozita, gastrointestinální potíže, mírná nespavost. (Nešpor, Csémy 1997)

### **1.2.3 Způsoby užívání návykových látek a některá jejich rizika**

Obecná rizika užívání návykových zahrnují i rizika spojená s jejich aplikací, tedy vpravení látky do organismu. Způsob aplikace se u různých skupin návykových látek liší. Zde jsou uvedeny nejčastější způsoby aplikace návykových látek.

#### **Injekční aplikace (aplikace látky intravenózně)**

Injekčně jsou většinou užívány návykové látky ze skupiny opiátů, tedy morfin nebo heroin a dále ze skupiny stimulantů, jejichž hlavním zástupcem je pervitin. Další návykovou látkou užívanou injekčně je kokain. (Presl 1994) Důvody, proč uživatelé těchto drog upřednostňují intravenózní aplikaci, jsou rychlejší nástup účinku látky a také fakt, že stačí menší dávka k dosažení stejného účinku v organismu než při užívání stejné návykové látky jinou cestou, například šňupáním. Uživatelé v České republice, na rozdíl od západních zemí, přistupují k intravenózní aplikaci často již při prvním užití návykové látky. V jiných evropských, zejména západních, zemích

uživatelé sahají k intravenózní aplikaci většinou až na konci své drogové kariéry. Injekční aplikace drog je oproti jiným způsobům více riziková. Hrozí zejména přenos infekčních onemocnění a to například virové hepatitidy typu B a C a viru HIV. „Přenos je možný pouze při používání jedné jehly nebo injekční stříkačky více uživateli.“ (Nešpor, Mulerová 1997 str. 13) Dalším rizikem injekční aplikace návykové látky je místní infekce a tvorba abscesů při nedodržování hygieny při aplikaci. Nemělo by se podceňovat vysoké riziko předávkování látkou s následkem smrti. Při injekční aplikaci není reálně možné odhadnout množství látky vyvolávající žádoucí efekt. A to z toho důvodu, že konkrétní dávky, které si uživatel koupí, většinou nemají stejnou koncentraci. (Jak jsou drogy užívány, 2010)

Obrázek č. 4 intravenózní aplikace

(Poláková – Urvírová, 2009)



## Šňupání

Šňupání, tedy aplikace látky na nosní sliznici většinou za pomoci trubičky, je také velice oblíbený způsob užívání kokainu, heroinu a pervitinu. Je značně méně rizikové než aplikace injekční. Je ale třeba vyšší dávky k dosažení požadovaného účinku a tedy více finančně náročný. (Presl 1994) Nejčastější komplikací při šňupání je narušení nosní přepážky a ztráta čichu. (Jak jsou drogy užívány, 2010)

Obrázek č. 5 užívání návykové látky šňupáním

(Profimedia, 2010)



## Kouření

Návykové látky mohou být kouřeny v mnoha podobách. Například v cigaretách a to čisté nebo ve směsi s tabákem, nebo za pomoci speciálních dýmek a vodních dýmek. Návykovými látkami, které se nejčastěji zneužívají kouřením, jsou marihuana, hašiš, kokain a heroin. (Jak jsou drogy užívány, 2010) Kouření je ve srovnání s injekční aplikací také méně rizikové. Ale bez rizika tento způsob užívání není. Podobně jako u cigaret se zde projevuje negativní vliv sloučenin vznikajících při spalování. A to vliv zejména na dýchací a kardiovaskulární systém. (Presl 1994)

Obrázek č. 6 užívání návykové látky kouřením

(Hutr, Taneček, 2009)



### **Inhalace výparů**

tento způsob aplikace je typický pro látky ze skupiny organických rozpouštědel, jako je toluen. (Jak jsou drogy užívány, 2010) Uživatelé jsou ohroženi zejména předávkováním s následkem smrti. V případě změny kvality vědomí uživatel zůstává v kontaminované atmosféře a lehce pak dochází k smrtelnému předávkování. Proto by uživatelé při inhalaci neměli být sami, nebo na odlehlých místech. (Presl 1994)

### **Vstřebávání sliznicí**

Nejčastější aplikací látek vstřebávajících se sliznicí je aplikace sublinguální. Pod jazykem se nacházejí četné cévy. Přes cévní stěnu se látka snadno dostává do krve. Takto se užívá často např. LSD. (Jak jsou drogy užívány, 2010)

## **Odvary a pokrmy z psychoaktivních látek**

z některých rostlinných drog bývají připravovány odvary, které se pak popíjejí. Je to například odvar z lysohlávek nebo durmanu. Některé jsou uživateli přidávány do různých pokrmů. Například do pečiva nebo do cukrovinek to mohou být tzv. marihuanové „koláčky“. Do pokrmů se přidávají i lysohlávky. Drogy mohou být také rozpouštěny ve vodě. Takto je užíván běžně dostupný muškátový oříšek. V neposlední řadě mohou být některé drogy pojídány v přírodním tedy syrovém stavu. Například semena durmanu nebo již zmiňované lysohlávky. (Jak jsou drogy užívány, 2010) Na tomto způsobu aplikace je nebezpečná nemožnost odhadu reakce organismu na podanou látku a odhadu množství látky, které by mělo vyvolat kýžený účinek. To platí zejména u drog jako je durman, muškátový oříšek ale i lysohlávky. (Nešpor, Mulerová 1997)

## **Rizikové faktory užívání alkoholu a drog u dětí a faktory toto riziko snižující**

Tento přehled shrnuje rizika zvyšující nebezpečí problémů s drogami a alkoholem a okolnosti, které dítě chrání před vznikem těchto problémů. Využila jsem přehled uveřejněný K. Nešporem, L. Csémym a H. Pernicovou (1996) doplněný o fakta uveřejněná o rok později stejnými autory v jiné publikaci.

Podrobněji se vybranými rizikovými faktory zvyšujícími pravděpodobnost užívání alkoholu a drog týkající se jedince, jeho rodiny, školy i prostředí zabýváme v části „Okolnosti zvyšující riziko zneužívání návykových látek“.

## **Faktory týkající se dítěte nebo dospívajícího jedince**

Riziko užívání alkoholu a drog u dětí **zvyšuje** psychická labilita a poruchy chování dítěte. Významným faktorem je i setkání dítěte s alkoholem, tabákem nebo drogou v mladém věku. Roli také hraje poškození mozku při porodu a úrazy hlavy. Dále nižší inteligence, dlouhodobé bolestivé onemocnění, neschopnost zvládat stresové situace a nízká schopnost vzdorovat nepříznivému vlivu okolí. Sklony k násilí a agresivitě, špatné sebeovládání, nedostatek dovedností v mezilidských vztazích a nízké sebevědomí má také nezanedbatelný význam. Nepochybně riziko zvyšuje, pokud po alkoholu a drogách výrazně převažují příjemné pocity. (Nešpor, Csémy1997) Dalšími důležitými faktory jsou příslušnost dítěte k nějaké znevýhodněné etnické menšině, odcizení ve vztahu k rodičům, škole a společnosti. Také menší ctížádost a menší respekt vůči vlastnímu zdraví a nezáměr o pozitivní rekreační, sociální a kulturní aktivity. (Nešpor, Csémy, Pernicová 1996)

Riziko užívání alkoholu a drog u dětí **snižuje** fakt, že jsou drogy a alkohol špatně snášeny je větší pravděpodobnost, že je dítě znovu neužije. Dobré fyzické i psychické zdraví, pozdní nebo žádné setkání s drogou, dostatek informací a dovedností týkající se mezilidských vztahů a schopnost vytvářet kvalitní citové vazby napomáhá tomu, že dítě alkohol ani drogy nezačne užívat. Dále je možné v těchto faktorech uvést dobré sebevědomí, dobré způsoby, jak zvládat obtížné situace a řešit problémy, schopnost vzdorovat nepříznivému vlivu okolí, vnitřní přijetí hodnot, které jsou v rozporu s alkoholem a drogami. Také veselost, vytrvalost, pilnost a přizpůsobivost dítěte. Jeho odolnost vůči neúspěchu, schopnost plánovat a řešit problémy. Vliv má i vyšší inteligence. (Nešpor, Csémy1997) Pokud má dítě schopnost účinně mírnit nepříjemné duševní stavy jako úzkost, smutek a hněv takovými způsoby jako jsou například jóga nebo relaxace a pokud si dítě umí navozovat příjemné stavy zdravými způsoby. (Nešpor, Csémy, Pernicová 1996)

## **Faktory týkající se rodiny**

Riziko užívání alkoholu a drog u dětí **zvyšuje**, pokud dítě nebo dospívající nemá jasně určená pravidla jak se chovat. Pokud rodič nemá dostatek času na dítě zvláště v časném dětství a málo o dítě pečuje, nemá nad dítětem dostatečný dohled. Dále je riziko vyšší, když jsou rodiče na dítě nesoustavně nebo přehnaně přísní, mají mezi sebou nedostatečné citové vazby a také v případě manželského konfliktu. Schvalování nebo zneužívání alkoholu tabáku a drog rodičem nebo jinou autoritou je velice nepříznivým faktorem. Dále malá nebo naopak přehnaná očekávání od dítěte a jeho podceňování, nebo přeceňování. Špatné duševní a společenské fungování rodičů. Chudoba či nezaměstnanost nebo onemocnění rodičů, ale také nadměrný přísun peněz dítěti. Pokud je rodina ve zmatku a špatně funguje, výchova je pouze jedním rodičem bez pomoci dalších příbuzných a pokud dítě žije bez rodiny a bez domova. Časté stěhování rodiny hraje také významnou roli. (Nešpor, Csémy1997) V neposlední řadě je důležitým faktorem, pokud dítě vyrůstá mimo rodinu, nebo pokud dítě žije dokonce bez domova. (Nešpor, Csémy, Pernicová 1996)

Riziko užívání alkoholu a drog u dětí **snižují** jasně daná a respektovaná pravidla týkající se chování dítěte. Přiměřená péče, dostatek času na dítě, zejména v časném dětství, přiměřený dohled. Dále pevné citové vazby dítěte, a pokud oba rodiče na výchově spolupracují a styl výchovy je vřelý a středně omezující. Výchova napomáhá vytvářet kvalitní vztahy dítěte s dospělými mimo rodinu. Pokud rodiče neužívají alkohol ani jiné drogy a mají přiměřená a jasná očekávání od dítěte, zdravý respekt vůči němu. Důležitá je zdravá pochvala ze strany autorit a jejich dobré způsoby zvládání stresu. Dále je důležité přiměřené uspokojování potřeb dítěte. Významná je sdílená zodpovědnost v rodině, dobré, fungující mezigenerační vztahy a mezigenerační spolupráce. (Nešpor, Csémy, Pernicová 1996)

## Faktory týkající se školy

Riziko užívání alkoholu a drog u dětí se **zvyšuje**, pokud ve škole neprobíhá systematická prevence, probíhají například pouze jednorázové přednášky, které jsou neúčinné. Škola při prevenci nespolupracuje s rodiči ani s organizacemi a institucemi zaměřenými na protidrogovou prevenci. Když jsou ve škole prosazována iracionální a nepřiměřená pravidla, nebo neexistují žádná pravidla týkající se zákazu návykových látek ve škole. Alkohol, tabák i drogy jsou ve škole a v jejím okolí žákům nebo studentům snadno dostupné. Není dobré, pokud jsou učitelé vnímáni jako nepřátelští nebo lhostejní, s žáky nespolupracují a zdůrazňují pouze jejich nedostatky. Pokud jsou selhávající a problémoví žáci ve škole zesměšňováni a ponižováni. Škola postrádá nabídku pozitivních hodnot a neexistuje návaznost na kvalitní mimoškolní aktivity a vhodné způsoby trávení volného času. (Nešpor, Csémy, Pernicová 1996)

Riziko užívání alkoholu a drog u dětí je **snížováno** soustavně a systematicky prováděnou protidrogovou prevencí, a pokud škola používá účinné postupy, spolupracuje s rodiči a s organizacemi zabývající se protidrogovou prevencí. Měla by být prosazována rozumná a přiměřená pravidla týkající se návykových látek na škole. Pro snížení rizika je vhodné, když alkohol, tabák ani drogy nejsou ve škole a v jejím okolí žákům nebo studentům dostupné. Pokud učitelé napomáhají rozvoji žáků, dobře s nimi komunikují a spolupracují, dokáží rozpoznat jejich pozitivní možnosti. Také když pro selhávající a problémové žáky škola hledá pozitivní alternativy i cesty, jak jim pomoci a chránit jejich sebevědomí. Důležité dále je aby prevence na škole využívala připravené vrstevníky, neboli peer aktivisty, a je dlouhodobá a systematická. A škola má dobrou návaznost na kvalitní způsoby trávení volného času a na mimoškolní aktivity. (Nešpor, Csémy, Pernicová 1996)



## **Faktory týkající se zaměstnání**

Riziko užívání alkoholu a drog **zvyšuje**, je-li při zaměstnání člověkem zažíváno mnoho stresových situací. Nevhodná je práce ve směnném provozu. Velikou roli hraje existenční nejistota, bezperspektivnost a nezaměstnanost. Odpovědnost bez možností rozhodovat a napjaté pracovní vztahy. Pokud je snadná dostupnost alkoholu a drog na pracovišti a nejasná nebo nedodržovaná pravidla týkající se jejich zákazu. Také užívají-li drogy či alkohol spolupracovníci nebo nadřízení a je neostrá hranice mezi náročnou profesí a soukromým životem. Riziková jsou zaměstnání spojená s cestováním, výrobou nebo prodejem alkoholu a drog. (Nešpor, Csémy1997) velice rizikový je i nadměrný nepředvídatelný a špatně kontrolovatelný příjem nebo naopak velmi špatně placená práce a dlouhodobá nezaměstnanost. (Nešpor, Csémy, Pernicová 1996)

Riziko užívání alkoholu a drog **snižuje**, pokud je v zaměstnání přiměřeně stresu, zaměstnavatel dává zaměstnanci možnost zotavení se, možnost práci si organizovat, a spolurozhodovat. Dobrá perspektiva a pocit smysluplnosti je také velice důležitým ochranným faktorem. Stejně jako preventivní programy a dobrá sociální politika zaměstnavatele. Důležité je, aby odpovědnost pracovníka odpovídala jeho kompetenci. Dále dobré vztahy a dobrá komunikace na pracovišti. Pokud nejsou alkohol a drogy na pracovišti dostupné a jejich zákaz je jasný a respektovaný. Pokud spolupracovníci a nadřízení neužívají drogy a je jasná hranice mezi soukromím a prací. Pokud má zaměstnanec kvalitní zájmy, které s jeho prací nesouvisí. (Nešpor, Csémy, Pernicová 1996)

## **Faktory týkající se vrstevníků**

Riziko užívání alkoholu a drog u dětí **zvyšuje**, pokud mají jejich přátelé a známí problémy s autoritami a pokud se chovají protispolečensky a rebelují. Pokud se k alkoholu a drogám se staví pozitivně, nebo alkohol

a drogy zneužívají. (Nešpor, Csémy, Pernicová 1996) Toto riziko také zvyšuje, pokud jsou dotyčné děti ze strany vrstevníků šikanovány. (Nešpor, Csémy1997)

Riziko užívání alkoholu a drog u dětí se **snižuje**, pokud vrstevníci respektují dobré dospělé autority a mají kvalitní zájmy neslučitelné nebo nesouvisející s alkoholem a drogami. Dále pokud Alkohol a drogy odmítají a nezneužívají. Pokud mají děti kamarády schopné přijímat dobré hodnoty dospělých, mají respekt k jednotlivým členům kolektivu a jejich přínosu pro ostatní. Také to, pokud vrstevníci mají přátele, kteří žijí zdravým způsobem života. Velice důležité je, když vrstevníci aktivně odrazují od alkoholu, tabáku a drog. (Nešpor, Csémy, Pernicová 1996)

### **Faktory týkající se společnosti**

Riziko užívání alkoholu a drog u dětí **zvyšuje**, pokud je alkohol, tabák a drogy ve společnosti dostupné a aktivně nabízené. Ke zvyšování rizika přispívá nízká cena návykových látek, chudoba, nedostatek příležitostí ve společnosti, náhlé sociální a politické změny a nestabilita. Dále nedostatek příležitostí k pracovnímu uplatnění, a pokud společnost nenabízí dobré možnosti jak trávit volný čas. Pokud je ve státě nedostatečná zdravotní a sociální péče a společenské normy a zákony se ke zneužívání drog staví kladně. Pokud společnost nemá kladný postoj ke zdraví a sdělovací prostředky jsou orientované na senzaci a reklamu. Velký pohyb obyvatel vede k nestabilitě vztahů a tím ke zvyšování tohoto rizika stejně jako nedostatečné sociální zajištění, špatné bytové podmínky a rasová nebo jiná diskriminace nebo jazyková bariéra. Vysoká kriminalita ve společnosti je dalším významným rizikovým faktorem. (Nešpor, Csémy, Pernicová 1996) Je prokázáno, že v prostředí velkoměsta je více možností k získání a užívání drogy nežli na venkově. (Nešpor, Csémy1997)

Riziko užívání alkoholu a drog u dětí **snižuje**, pokud je alkohol, tabák a drogy dítěti obtížně dostupné, to znamená, že jejich dostupnost ve společnosti je striktně regulována zákony. Pokud jsou návykové látky velmi drahé. Pokud mají děti dostatek příležitostí k uplatnění při studiu nebo v zaměstnání a ve společnosti je zajištěna sociální stabilita. Pokud společnost nabízí dobré možnosti jak trávit volný čas. Dobrá zdravotní péče a sociální péče je také významným faktorem spolu se společenskými normami a zákony omezující dostupnost a poptávku návykových látek. Významné je také, jaká míra odpovědnosti a jaké postoje ke zdraví ve společnosti převládají. Dále riziko snižuje, pokud jsou sdělovací prostředky orientovány prosociálně, nabízejí pozitivní modely a poskytují prostor pro skutečnou prevenci. Dostatečné sociální zajištění a přiměřené bytové podmínky napomáhají snížení rizika zneužívání alkoholu a drog dětmi. Velice důležitým faktorem je rasová a náboženská tolerance a nízká kriminalita ve státě. (Nešpor, Csémy, Pernicová 1996) Velice důležitou je aktivita rodičovských i dalších organizací při prevenci. (Nešpor, Csémy1997)

### **Okolnosti zvyšující riziko zneužívání návykových látek**

Jak je patrné z předešlého výčtu rizikových faktorů, je nebezpečí toho, že dítě začne užívat drogy nezanedbatelné. Také je na podkladě předcházející kapitoly důležité říci, že jsou ohroženy všechny děti. Některé více, jiné méně, ale bez rizika není žádné. Také je důležité uvést další, konkrétnější situace, které riziko zneužívání návykových látek ještě zvyšují. Děti s následujícími problémy jsou ještě více ohrožené. Proto je při protidrogové prevenci nutné brát na tyto situace ohled a všimnout si jejich výskytu. (Nešpor, Csémy1997)

## **Porucha pozornosti s hyperaktivitou**

Tento problém je poměrně častý. K příznakům patří nadměrná aktivita, neposednost a roztěkanost. Děti s touto poruchou někdy působí dojmem nešikovnosti, jejich nálady často kolísají z jedné krajnosti do druhé. Nezřídká reagují impulzivně a bez rozmyslu. Mívají problémy ve škole s chováním, ale i prospěchem. Mohou být chytré, ale nedokáží se plně soustředit. Rodiče často příčinu neprospěchu a dalších problémů neodhalí a dítě za jeho neúspěchy trestají. Trestat dítě ale v tomto případě nemá význam. Zakazovat dítěti pohyb je obzvlášť nevhodné, protože děti s tímto problémem pohyb zvláště potřebují. Potřebují také ocenit a pochválit, a to ještě více než děti, které tento problém nemají. Nároky na dítě je samozřejmě třeba přizpůsobovat jeho možnostem. Vhodné je klidné prostředí, pracovat krátce a častěji. Tyto děti potřebují pravidelnost ve spánku, jídle i při učení. Učitel by měl být o problému informován. (Nešpor, Csémy 1997)

## **Sklon k násilí**

Sklon k násilnému jednání zvyšuje riziko nejrůznějších komplikací včetně horšího přizpůsobení ve společnosti, kriminality a zneužívání návykových látek. Prevence v této oblasti by měla zahrnovat osobní příklad rodičů. Dítě se od nich může naučit, jak řešit rozpory a konflikty nenásilně a na úrovni. Mimořádně rizikový je vliv sdělovacích prostředků. Násilí proniká i do televizních programů, do literatury a do počítačových her určených dětem a mládeži. Pro tvárnou dětskou psychiku jsou tyto vlivy velice nebezpečné. Rodiče by měli děti pokud možno chránit před těmito vlivy a vysvětlit jim rozdíl mezi realitou a touto produkcí. (Nešpor, Csémy 1997)

## **Děti trpící strachem a úzkostí**

Děti různého věku mohou prožívat různé obavy, úzkosti a strachy. Příčiny některých úzkostí se dají vysledovat v anamnéze. Návyk na alkohol a některé drogy může někdy vznikat jako pokus odstranit úzkost a strach.

Těmto dětem je tedy správné nabídnout lepší možnosti, jak problém překonat. Zkušenosti ukazují, že i v náročných situacích zůstávají děti klidné, jestliže klid zachovají dospělí kolem. (Nešpor, Csémy 1997)

### **Špatný prospěch ve škole**

Děti, které jsou kvůli špatnému prospěchu nebo z jiných důvodů ve špatné pozici v kolektivu vrstevníků, jsou alkoholem a drogami ohroženější. Školní neprospěch může mít mnoho příčin. Patří sem porucha pozornosti s hyperaktivitou, výchovná zanedbanost, tréma a úzkost při zkoušení nebo problémy v rodině. Dále nižší nadání, školní nezralost, pubertální výkyvy v prospěchu, špatný zdravotní stav dítěte a nepříznivé podmínky k učení. V soutěživé atmosféře ve třídě může špatný prospěch vážně ohrozit sebevědomí dítěte. Rodiče by se měli zamyslet nad jeho silnými stránkami a dát mu pocítit i úspěch a jeho sebevědomí tak upevnit. (Nešpor, Csémy 1997)

### **Nepřijetí do školy nebo její nedokončení a nezaměstnanost**

Nejúčinnější je pomoci dítěti najít novou možnost vzdělávání nebo novou práci. Je to významné proto, že v mladém věku nejsou vytvořeny pracovní návyky. Toto období je náročné a dospívající potřebuje podporu víc než jindy. Jestliže se mu nedostane pochopení v rodině, může ho hledat v partě. Pokud není možné opatřit rychle práci nebo vzdělávání jinde, je třeba zapojit dospívajícího do práce v domácnosti. Je dobré podpořit jeho kvalitní zájmy a záliby. Dospívajícího je dobré poučit, že alkohol a drogy jsou v takové situaci zvláště nebezpečné a nevhodné. (Nešpor, Csémy 1997)

### **Problémy s alkoholem a drogami u rodičů**

Rodiče samozřejmě nejsou pro dítě jediným vzorem. Jejich chování k alkoholu a jiným návykovým látkám také není jedinou příčinou toho, že dítě

užívá alkohol a drogy, nebo se jim vyhýbá. Svůj význam však rodičovský příklad má. (Nešpor, Csémy 1997)

### **1.3 Závislost (syndrom závislosti)**

Definice závislosti neboli syndromu závislosti podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je: pokud užívání nějaké látky nebo skupiny látek má u daného jedince mnohem větší přednost, než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. (Kalina 2008) Světová zdravotnická organizace dále udává 9 kritérií závislosti, přičemž jsou-li splněna alespoň tři z následujících jevů, jedná se o závislost.

- Užívání drogy v častějších intervalech a větších množstvích, než bylo původně
- zamýšleno
- Neúspěšné pokusy o zastavení užívání, přetrvávající touha, bažení
- Extenzivní objem času, věnovaný obstarávání drogy
- Pocity intoxikace nebo zažívání abstinčních příznaků v nevhodné době
- Vzdání se jiných činností, vztahů, předmětů kvůli droze
- Pokračování v užívání bez ohledu na známé škody, činěné sobě či druhým
- Patrná tolerance, tedy stav, kdy se postupně zvyšuje množství látky, nutné k dosažení téhož efektu
- Charakteristický syndrom odnětí drogy
- Užívání drogy s úmyslem předejít syndromu odnětí drogy

(Zábranský, 2001)

Mezinárodní klasifikace nemocí definuje závislost jako „skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky, nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více.“ K diagnóze závislosti je obvykle vyžadováno, aby během posledních 12 měsíců došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- Silná touha nebo pocit puzení užívat látku.
- Potíže v sebeovládání ve vztahu k látce, a to pokud jde o začátek, ukončení nebo množství látky.
- Tělesný odvykací stav. Postižený užívá stejnou nebo příbuznou látku s úmyslem zmenšit odvykací příznaky.
- Roste tolerance, to se projevuje vyžadováním vyšších dávek, aby se dosáhlo stejného účinku, původně vyvolanými nižšími dávkami.
- Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch návykové látky. Zvýšené množství času k získání nebo užívání látky nebo zotavení se z jejího účinku.
- Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.

(Nešpor, Csémy, Pernicová 1996)

Jak je vidět, definice Světové zdravotnické organizace a definice dle Mezinárodní klasifikace nemocí jsou téměř totožné. Dle Nešpora, který ve svých publikacích vychází z obou těchto definic, je hlavní charakteristikou závislosti touha, často silná, někdy přemáhající, brát drogy, alkohol nebo tabák. (Nešpor 2007)

Dle Světové zdravotnické organizace lze závislost rozdělit na fyzickou a psychickou. Zjednodušeně lze říci, že při fyzické závislosti je organismus

závislý na návykové látce, nebo na některé z látek, které při metabolismu návykové látky vznikají. Závislost se projevuje nesprávnou funkcí organismu a vznikem potřeby látku do těla dodat. Tato potřeba u většiny osob nelze ovlivnit vůlí. Při nedodání látky do organismu vznikají abstinenční příznaky. Ty se liší podle návykové látky. Mohu se projevovat jako teploty, průjmy, pocity slabosti, nespavost, bolesti, ale i ztráta vědomí, halucinace nebo poruchy myšlení.

Při psychické závislosti se návyková látka nestává součástí metabolismu organismu. Ale závislý má nutkání, touhu po návykové látce, které je neovlivnitelné vůlí a velice těžko překonatelné. V případě její nedostupnosti nedojde k tělesným abstinenčním příznakům. Závislý má ale po určitou dobu problémy s překonáním touhy po návykové látce a můžou se také objevit psychické příznaky jako nesoustředěnost, roztěkanost a také nespavost. (Kalina 2008)

Existují návykové látky, u kterých se setkáváme jak s tělesnou, tak psychickou závislostí, který druh závislosti se vyvine, záleží na dispozicích jedince. Je samozřejmě možné, aby se u jednoho závislého vyvinula jak fyzická, tak i psychická závislost najednou. (Nešpor, Csémy, Pernicová 1996)

Zábranský (2001) ve své práci uvádí kvantifikovatelná kritéria závislosti podle NIDA (National Institute On Drug Abuse), užívaná pro škálování tzv. závislostního potenciálu psychotropních látek.

Škály jsou:

1 = nejtěžší

6 = nejméně těžká

*Odnětí* = přítomnost a závažnost charakteristických abstinenčních příznaků



*Nutkavost* = potenciál látky přimět konzumenta k opakovanému požití (když zeslabují účinky), měřené testy na lidech a na zvířatech

*Tolerance* = kolik látky je třeba k ukojení zvyšujícího se bažení + výška stabilní

úrovně v porovnání se “startovní” hodnotou

*Dependence* = je kombinovaný ukazatel. Dokazuje míru obtížnosti, s níž je uživatel schopen přestat užívat látku v kombinaci s mírou recidivy, procentem uživatelů, u nichž se dependence vyvine a s vlastním hodnocením uživatelů co do potřeby substance

*Intoxikace* = míra, v níž se pod vlivem látky mění kognitivní a další psychické funkce

Tabulka č. 1 Klasifikace obvyklých návykových látek

*(prof. dr. Jack E. Henningfield, NIDA, John Hopkins Medical School, Baltimore 1994; podrobnější výklad Henningfield et al. in Effects of Nicotine on Biological Systems, II, Advances in Pharmacological Sciences, edited by Clarke et al., Basel, Birkhauser Verlag, 1995; str 247–256 )*

látká	odnětí	nutkavost	tolerance	dependence	intoxikace
nikotin	3	4	2	1	5
heroin	2	2	1	2	2
kokain	4	1	4	3	3
alkohol	1	3	3	4	1
kofein	5	6	5	5	6
marihuana	6	5	6	6	4

## Tabulka č. 2 Klasifikace obvyklých návykových látek

(dr. Neal L. Benowitz, University of California, San Francisco; *ibid*)

látka	odnětí	nutkavost	tolerance	dependence	intoxikace
nikotin	3	4	4	1	6
heroin	2	2	2	2	2
kokain	3	1	1	3	3
alkohol	1	3	4	4	1
kofein	4	5	3	5	5
marihuana	5	6	5	6	4

(Zábranský, 2001)

Z uvedených tabulek, pokud srovnáme výsledky obou výzkumů, mimo jiné vyplývá, že každý organismus je jedinečný a tudíž každý jedinec na podání návykové látky může reagovat jinak. Proto není možné jednoznačně a se stoprocentní jistotou říci, jaké intenzity bude vzniklá závislost, za jak dlouho a jestli vůbec, u daného jedince vznikne. Poukázali bychom také na míru „odnětí“ tedy výskytu abstinčních příznaků a míru „intoxikace“ u alkoholu, který je mnoha autory řazen mezi tzv. „lehké drogy“. Z tohoto výzkumu plyne, že alkohol může, mimo jiné, způsobovat velice intenzivní závislost a je neopomenutelná i míra, při níž se pod vlivem alkoholu mění kognitivní a další psychické funkce.

### **Charakteristika člověka závislého na návykových látkách**

Světová zdravotnická organizace definuje člověka závislého na návykových látkách jako každou oběť fyzické či psychické závislosti, nebo obou těchto závislostí zároveň. (Presl 1994)

Dle Presla (1994) má závislý člověk změněný tzv. žebříček hodnot. Jeho chování směřuje pouze k uspokojení jeho touhy po droze. (Presl 1994) Dle Kaliny (2008) má závislý člověk narušenou strukturu osobnosti a sociální jistoty. Sociální jistoty pro závislého nemají význam. Mnohdy je ani nevyhledává. (Kalina 2008) Závislí lidé se pod vlivem návykové látky chovají asociálně. Závislý člověk není ochoten přijímat základní povinnosti a není si vědom odpovědnosti nebo není schopen odpovědnost nést. Závislý jedinec se často chová sebestředně. Někdy se sám obviňuje a lituje. (Nešpor 2008) Závislí uživatelé často trpí pod vlivem návykové látky, ale i naopak při jejím nedostatku úzkostmi až depresivními stavy. V tomto případě mohou mít sebepoškozující až suicidální sklony. A to myšlené opravdu vážně, pokud se chtějí zbavit bolestí, depresí nebo nemají chuť do dalšího života, nebo demonstračně laděné, kdy závislý „volá o pomoc“, ale není schopen toto přání vyjádřit jiným způsobem. Mohou se ale v takovýchto případech chovat až agresivně. Závislí lidé většinou nejsou schopni reálného nadhledu na svou situaci, nebo si svou situaci nechtějí reálně uvědomovat. (Nešpor, Csémy, Pernicová 1996) Sebehodnocení a sebepojetí je u závislých většinou velice nízké. Často mívají pocity nedokonalosti, zbytečnosti, méněcennosti a pocity selhání. Někdy mívají sklony k rezignacím, protože mají pocit nepřijatelnosti pro své okolí a často i pro svou rodinu. Někteří uživatelé mají motivaci svou závislost léčit, ale někteří léčbu přímo odmítají. Tito lidé nemají většinou žádné záliby a koníčky a i přes svou inteligenci nemají dokončeno žádné vzdělání. To také přispívá k jejich nízkému sebehodnocení. (Nešpor, Csémy, Pernicová 1998)

Ze zkušenosti s lidmi závislými na návykových látkách vím, že droga od základu změní závislému jeho dosavadní život. Někdy je to kýžený efekt, v mnoha případech ale závislý změnu sám nevnímá. Změněné je i klientovo chování. Tuto změnu si také většinou vůbec neuvědomuje. Jeho myšlení a chování je zaměřené pouze na návykovou látku. Ostatní hodnoty jsou odsunuté do pozadí. Je ale velice individuální, které hodnoty si závislý sám

v sobě potlačí. Pro pozitivní vývoj situace je důležité, aby hodnoty jako rodina a zdraví byly v hierarchii potřeb zachovány.

### **1.3.1 Terapie závislostí**

V této kapitole se stručně zabýváme možnostmi terapie závislostí. Předně uvádíme první pomoc při akutní intoxikaci a to proto, že většina klientů se do různých terapeutických zařízení dostávají právě po prodělání akutní intoxikace, mnohdy i několikrát po sobě. A zejména proto, že včasná a vhodně zvolená první pomoc je často život zachraňujícím úkonem. Dále stručně uvádíme některé možnosti a některé formy následné terapie.

#### **První pomoc a urgentní terapie při akutní intoxikaci**

Předně je důležité uvést definici akutní intoxikace. Pojem "akutní intoxikace" návykovou látkou definuje Mezinárodní klasifikace nemocí jako „přechodný stav po alkoholu nebo jiné psychoaktivní látce, vedoucí k poruchám na úrovni vědomí, poznávání, vnímání, emotivity nebo chování, nebo jiných psychofyziologických funkcí a reakcí.“ (Nešpor, Csémy, Pernicová 1996)

Pro laickou první pomoc je nejdůležitější říci, že je nutné okamžitě po zjištění životních funkcí zavolat lékaře. Zneužívání návykových látek není v České republice trestné a tak odkládání přivolání lékaře je nejen zbytečné, ale mohlo by postiženého vážně ohrozit na zdraví nebo dokonce na životě. Důvodem k okamžitému lékařskému vyšetření je i pouhé podezření na akutní intoxikaci. (Nešpor, Csémy, Pernicová 1996) Předlékařskou první pomoc můžeme rozdělit do čtyř základních bodů, kterými je posouzení ohrožení života, posouzení stavu vědomí a zabezpečení životních funkcí, zklidnění a zajištění lékařské pomoci. Prvním úkolem je, bez ohledu na příčinu intoxikace, udržet základní životní funkce. Při intoxikaci dochází ke kvalitativním i kvantitativním změnám vědomí, pro zvládnutí život ohrožujícího neodkladného stavu je na počátku důležité posoudit hloubku porušeného vědomí. Hloubka porušeného vědomí se pohybuje od celkové

utlumenosti, přes ospalost, bezvědomí, které je možné přerušit, až po kóma. Pro stanovení hloubky kvantitativního poškození vědomí existují různé stupnice. V rámci základní první pomoci je důležité orientačně posoudit stav vědomí zhodnocením, zda pacient reaguje na oslovení nebo bolestivý podnět například pohybem, očním kontaktem či slovně, anebo nereaguje vůbec. Posouzení stavu vědomí je důležitým krokem pro rozhodnutí o dalším postupu. V první řadě o uložení pacienta do správné polohy. Zvolená poloha se řídí podle stavu vědomí a stavu základních životních funkcí. Postižený v bezvědomý, ale spontánně dýchající, se uloží do stabilizované polohy na boku. Postižený při plném vědomí, s kardiovaskulární poruchou, se uloží na záda s horní částí těla lehce zvýšenou. Pacient s poklesem tlaku, který může nastat při intoxikaci látkou MDMA, nebo při dlouhodobém zvracení, se uloží na záda se zvýšenou polohou dolních končetin. Při zástavě životních funkcí je třeba postiženého uložit na záda na pevnou podložku a bez prodlení zahájit kardiopulmonální resuscitaci, která nemá u akutní intoxikace žádná specifika. Důležitou částí první pomoci při intoxikaci je pokus udržet vědomí, respektive zpomalit jeho zhoršování. Nejjednodušší je mobilizovat vědomí intoxikovaného nucením k aktivnímu rozhovoru a kontaktu. (Předlékařská první pomoc, 2009)

Protože mezi příznaky intoxikace patří i různé psychotické stavy, často s paranoidním myšlením nebo impulsivními a agresivními reakcemi patří k první pomoci při akutní intoxikaci psychologická první pomoc. Základní psychologickou první pomocí při akutní intoxikaci se zabývám dále v této kapitole. (Předlékařská první pomoc, 2009)

Závažnost intoxikace závisí na celkovém klinickém stavu postiženého, na množství a typu látky a na délce expozice. Včasný zásah znamená vyšší úspěšnost léčby. U všech pacientů je nutná hospitalizace. Velice často se jedná o intoxikaci několika látkami najednou. Nejčastěji jde například o kombinaci drog různých skupin dále o drogu v kombinaci s alkoholem, několik typů psychofarmak, psychofarmaka, analgetika nebo hypnotika v kombinaci s alkoholem. (Bydžovský 2001)

Základem pro úspěšnost terapie akutní intoxikace je rychlá diagnostika. Jak již bylo řečeno, postižený bývá v bezvědomí různého stupně. Může být ale i v euforii nebo zmatený. Dále se může vyskytovat mydriáza nebo mioza dle typu látky, křeče, oběhové poruchy, arytmie, změny tělesné teploty, zápach dechu nebo zbarvení kůže. Důležitá je také identifikace aplikované drogy a jejího množství. Je dobré zajistit vzorky k toxikologickému vyšetření (žaludeční obsah 50–100 ml, moč 100 ml, Krev 10 ml a vzorek aplikované látky). (Bydžovský 2001)

V první pomoci je nejdůležitější dekontaminace (přerušení kontaktu s chemickou látkou) pokud je možná. Například při intoxikaci organickými rozpouštědly a jinými inhalačními drogami uložíme postiženého mimo dosah drogy, pacient musí být v klidu a teple, někdy se v rámci první pomoci podávají inhalační kortikosteroidy. Při požití drogy ústy se provádí výplach žaludku, vysoké klyzma nebo gastrointestinální laváž. Zvracení lze vyvolávat v rámci laické první pomoci pouze při plném vědomí postiženého. Po dekontaminaci, tedy primární eliminaci následuje sekundární eliminace. Sekundární eliminací rozumíme urychlení fyziologických eliminačních mechanismů ledvinami, gastrointestinálním traktem, popřípadě dýchacími cestami a absorpce toxické látky na aktivní médium. Pro absorpci toxické látky ve střevě se nejvíce používá aktivní uhlí. Navázáním toxické látky na aktivní uhlí vznikají inaktivní komplexy. Dávkování aktivního uhlí: počáteční dávka je 1 g na 1 kg váhy člověka per os popřípadě žaludeční sondou jako suspenze s vodou. Známe-li požití množství toxické látky podáváme deseti násobek tohoto množství. Aktivní uhlí podáváme 24 až 48 hodin po 2 až 4 hodinách. Dalšími možnostmi sekundární eliminace toxické látky z organismu jsou forsírovaná diuréza u látek, které se vylučují převážně ledvinami, hyperventilace v případě intoxikací organickými rozpouštědly při hrozícím jaterním selhání, extrakorporální eliminace, hemodialýza, hemoperfuze, peritoneální dialýza, exsanguinační transfuze nebo plazmaferéza. Peritoneální dialýza má oproti hemodialýze malý účinek. 10 % až 15 %. Ale nevyžaduje antikoagulační terapii. Další možností je použití specifických antidot které výrazně zmírní nástup, závažnost nebo trvání

toxického účinku drogy. Mají různé mechanismy působení. Je známo jen malé množství specifických antidot a mají nežádoucí účinky. Jejich podání vychází toxikologické diagnostiky. Například antidotum opioidů je Naloxon nebo Intrenon, pro benzodiazepiny je antidotem Anexate popřípadě Flumazenil. (Bydžovský 2008)

## **Zásady při poskytování psychologické první pomoci při nezvládnutí průběhu psychózy po intoxikaci některým z halucinogenů.**

Jako první je nejdůležitější zamezit dalšímu požití drogy. Snažit se ale s postiženým nedohadovat a neprovokovat ho, to by mohlo vést k agresivnímu chování postiženého. Je dobré snažit se řídit potřebami a přáními intoxikovaného a do ničeho ho nenutit. V žádném případě nenecháváme intoxikovaného ani na okamžik o samotě! Je nutné být neustále v jeho blízkosti. (Předlékařská první pomoc, 2009) Hovoříme klidně, zřetelně a tichým hlasem. Chováme se klidně, maximálně přirozeně a nenuceně. To platí zejména pro rodiče, kteří mohou být v takovém případě vyděšení a rozzlobení. (Nešpor, Csémy1997) V řeči se vyvarujeme užití více smyslných výrazů či obrátů. Veškerá komunikace, verbální i nonverbální, musí být jasná a jednoduchá a měla by co nejvíce reagovat na aktuální stav a požadavky intoxikovaného. Je nutné dát si pozor, aby v přítomnosti intoxikované osoby záchránce nehovořil s žádnou třetí osobou tak, aby tomu nemohl intoxikovaný rozumět a nabýt dojmu, že se děje "něco" za jeho zády. Co nejvíce s intoxikovaným hovoříme. Neustále ho hovorem nebo jiným způsobem vracíme zpět do reality a ujišťujeme ho, že je v pořádku a všechny nepříjemné halucinace a stavy brzy pominou. V žádném případě nepřipomínáme intoxikovanému jeho minulé či současné osobní problémy, což opět platí zejména pro rodiče. Snažíme se projevovat intoxikovanému blízkost a sounáležitost, nikoli však lítost, zejména v případě silnějších depresí či úzkosti. Snažíme se zabránit zranění či úmyslnému sebepoškození intoxikovaného. V žádném případě intoxikovaného do ničeho

nenutíme proti jeho vůli ani ho nijak neomezujeme. Pouze v krajním případě nezvladatelného neklidu nebo příliš výrazných a nezvladatelných sebepoškozujících sklonech je nutné intoxikovaného fyzicky omezit např. přivázáním k posteli a omezením pohybu. (Předlékařská první pomoc, 2009)

## **Následná terapie**

Léčba závislostí se provádí za stejných podmínek, jako kdyby se jednalo o jakoukoli jinou nemoc. Pacient je chráněn lékařským tajemstvím. Některá pracoviště nabízejí i možnost se anonymně poradit. Léčba musí vycházet s vlastní iniciativy klienta. (Nešpor 2007)

Bohužel jen naprostá menšina dětí a dospívajících vyhledá léčbu sama. Typičtější je, že rodiče chtějí, aby se dítě nebo dospívající léčil, on ovšem odmítá. V tomto případě je vhodné, aby rodiče sami vyhledali odbornou pomoc v některém z center krizové pomoci, na lince důvěry, u psychiatrů nebo psychoterapeutů. Poté co rodič získá nadhled a větší jistotu se může pokusit dítě motivovat ke změně. Nabídku léčby je dobré opakovat, protože toto rozhodnutí není vůbec jednoduché. Je třeba trpělivosti. Závislý potřebuje mít jistou lásku rodičů, může to být jeho motivace, ale přehnaná láska a ústupky rodičů může být kontraproduktivní. Někdy je třeba naprosto přerušit kontakt rodiny se závislým, aby si uvědomil, že o rodinu může svým jednáním přijít. Každý projev ochoty k léčbě je třeba ocenit. (Nešpor, Csémy 1996)

## **Formy terapie**

Terapie závislosti na návykových látkách může probíhat formou ambulantní nebo ústavní terapie. Nedá se určit se stoprocentní jistotou, která z uvedených forem je efektivnější, protože každý jedinec preferuje jinou



formu terapie a je motivován jiným způsobem a v jiné míře. Některá specifika, výhody a nevýhody jsou uvedeny níže.

### *Ambulantní terapie*

Výhodou ambulantní terapie je, že klient zůstává ve svém přirozeném prostředí a může dál chodit do školy nebo do zaměstnání. Kontraproduktivní může tato terapie ale být v případě, jsou-li vztahy v rodině napjaté pod únosnou mez. (Nešpor, Mullerová1997) Nebezpečím při ambulantní léčbě je také silná vazba na partu. Pokud není možné jedince od party, ve které se návykové látky zneužívají, je ambulantní nevhodná. V takovém případě by bylo vhodnější doporučit terapii ústavní. Ambulantní léčba by měla trvat nejméně 6 měsíců. Je určena klientům s motivací trvale a důsledně abstinovat od návykových látek. Klient nesmí na sezení do ambulance přijít intoxikován žádnou návykovou látkou. Intoxikace se zjišťuje před každým sezením. Velmi důležitá, při ambulantní terapii, je spolupráce s rodinou. (Nešpor 2007)

### *Ústavní terapie*

Výhodou ústavní terapie je možnost nepřetržité odborné péče, což je potřebné zejména u těžších tělesných nebo psychických komplikací. Další výhodou je radikální změna prostředí. Závislý v tomto případě není v kontaktu s lidmi zneužívajícími návykové látky, což je pro efektivnost terapie velice přínosné. (Nešpor, Mullerová1997) Ústavní léčba má ale i své nevýhody. Je finančně náročná pro stát. Zorganizovat kvalitní léčebný program vyžaduje úsilí, kvalifikaci a zkušenost. Uspokojit citové potřeby klienta v léčebném programu není snadné. Klient pak může trpět frustrací z neuspokojených potřeb. Taková frustrace může mít negativní vliv na efektivnost terapie. Ústavní léčba může mít různou formu. (Nešpor 2007) V první řadě je to krátkodobý, takzvaný detoxikační pobyt, který většinou trvá okolo deseti dní, ale délka je individuální s ohledem na potřeby klienta. Tento krátkodobý pobyt slouží k překonání odvykacích obtíží a zlepšení tělesného

stavu. Dále se jedná o středně dlouhou terapii. Ta trvá od několika týdnů do několika měsíců. Probíhá většinou na psychiatrických odděleních specializovaných na terapii závislostí. Na krátkodobou, nebo střednědobou terapii by měla navazovat dlouhodobá terapie. Dlouhodobé programy mohou trvat rok i déle. K dlouhodobé léčbě jsou určeny terapeutické komunity, které jsou popsány níže. (Nešpor, Mullerová1997)

## **Možnosti terapeutických zařízení**

Tento odstavec stručně shrnuje, jaké služby mohou poskytovat různá terapeutická zařízení, ambulantní i ústavní, klientům závislých na návykových látkách, popřípadě jejich rodinám.

*Specializovaná zařízení* pro děti a mladistvé, kteří mají problémy s návykovými látkami. Do této skupiny patří tzv. nízkoprahová zařízení. (Nešpor 2007) Tato zařízení většinou nekladou velké požadavky na podmínky terapie a bývají přijatelná i pro mladé lidi, kteří váhají, zda přijmout léčbu či ne. (Nešpor, Mullerová1997)

*Ambulance dětské psychiatrie* poskytující péči dětem a mládeži do 18 let. Odborníci těchto zařízení mají zkušenosti s prací s dětmi a mládeží, nemusí však být vždy dostatečně obeznámeni s problematikou alkoholu a drog. (Nešpor, Mullerová1997)

Dále *linky důvěry a centra krizové intervence*. Poskytují anonymní telefonickou pomoc. Kromě telefonické poradny je možno tato zařízení ambulantně navštívit pokud si to volající přeje. Některá mohou poskytovat i krátkodobé hospitalizace k překonání krize. (Nešpor, Mullerová1997) Nabízejí spolupráci s rodinami a volajícím podávají informace o možnostech další terapie. (Nešpor, Csémy 1997)

*Lůžková zdravotnická zařízení pro děti včetně psychiatrických zařízení*. Výhodou je možnost základní školní docházky během léčby dětí i zkušenosti pracovníků těchto pracovníků s dětmi. (Nešpor, Mullerová1997)

V případě závažnějších problémů, jako je již vzniklá závislost, hospitalizace na těchto odděleních není vhodná vzhledem k riziku, které mohou představovat pro ostatní pacienty s jinými základními problémy. V takovém případě je vhodnější umístění na protitoxikomanickém oddělení. (Nešpor, Csémy 1997)

*Protialkoholní a protitoxikomanická oddělení* jsou specializovaná pracoviště přijímající klienty závislé na drogách nebo alkoholu různého věku. Pozitivní výsledek léčby většinou vyžaduje intenzivní spolupráci rodiny a soustavné doléčování. (Nešpor, Mullerová 1997)

*Terapeutické komunity* pro dlouhodobé léčení jsou zařízení orientující se na pomoc k překonání psychických a sociálních bariér vzniklých v souvislosti se závislostí na návykových látkách. Terapeutická komunita může být otevřeného a uzavřeného typu. Rozdíl je v míře zapojení klientů do běžného života. V terapeutické komunitě uzavřeného typu jsou klienti v prvních fázích úplně odříznuti od jejich přirozeného prostředí. A do běžného života jsou klienti zapojováni pozvolna. V terapeutické komunitě otevřeného typu jsou do běžného života klienti zapojováni již po úvodní fázi. V obou typech zařízení mají klienti přesně daný režim, který musí dodržovat. Získávají sociální dovednosti, které pak využijí po dokončení terapie. Terapie trvá zpravidla rok i déle. Většinou přijímají klienty ve věku kolem 18 let. Ale mohou přijímat i mladší klienty. (Kalina 2008) Výhodou je, že se mladý dospívající dostává do jiného prostředí, než v jakém zneužíval návykové látky. Terapeutické komunity přijímají až stabilizované klienty, kteří nemají odvykací příznaky. (Nešpor, Mullerová 1997)

## **Substituční terapie závislosti**

Při substituční terapii je možné nahradit samotnou návykovou látkou, nebo škodlivé užívání této látky. Substituční léčbu prvního typu může předepsat pouze lékař, pokud možno specialista na léčbu závislosti. Lékař

zaregistruje klienta v národním registru osob léčených substituční léčbou. Substituční terapie se může podávat v domácím prostředí, klient tedy nemusí být hospitalizován. Je ale potřeba, aby v počáteční fázi klient k lékaři docházel denně. Pokud vše probíhá bez problémů, je možné, aby lékař předepsal dávku, která vystačí na několikadenní podávání. Při substituční léčbě je droga nahrazena jinou látkou s podobnými účinky. (Nešpor 2007)

Dále může jít o substituci škodlivého způsobu užití. V tomto případě mohou být například cigarety nahrazeny nikotinovými náplastmi nebo žvýkačkami, nebo látky užívané injekčně jsou nahrazeny látkou s podobným účinkem podávanou perorálně většinou v podobě tablet. To je pak kombinace obou způsobů substituční terapie. (Kalina 2001)

Cílem substituce je eliminování nebo snížení užívání určité drogy, nebo snížení škodlivé formy a metody podávání, provádějící techniky nebezpečné zdraví jako je například sdílení jehel několika uživateli. Může trvat od několika týdnů k mnoha letům. (Kalina 2001)

### *Terapie methadonem*

Methadon je návyková látka opiátového typu. Má mírnější, ale delší odvykací syndrom. Pro tyto vlastnosti se využívá v terapii závislosti na opiátech. Náhradní podávání je možné jako součást komplexní léčby u pokročilých závislostí opiátového typu. Methadon se rozhodně nehodí pro ty, kdo drogy pouze zkoušejí. Nehodí se ani pro klienty, kteří kombinují drogy různých skupin. (Nešpor, Csémy 1996)

### *Subutex*

Stejně jako Methadon je i Subutex návyková látka opiátového typu. Účinnou látkou subutexu je buprenorphine hydrochloride. Je antagonistou opiátových receptorů. Využívá se k substituční a detoxifikační terapii závislosti na opiátech a opioidech. (Buprenorfin. Závislosti a my, 2008)

Nejčastěji na heroinu. Subutex je vyráběn ve formě sublinguálních tablet. Je ale narkomany zneužíván a objevuje se na černém trhu jako droga. Narkomané si tablety Subutexu rozpouštějí a aplikují intravenózně. To s sebou nese mnohá, již výše uvedená, rizika. (Subutex. Závislosti a my, 2008)

## **Socioterapie**

Dle Kaliny (2001) je socioterapie zaměřená na resocializaci, tedy zpětné zapojení osob do společnosti. Základem je využití pozitivního potenciálu mezilidských vztahů, společně sdílené činnosti a sociálního učení. Bylo opakovaně prokázáno, že sociální podpora skupiny má pozitivní dopad na úspěšnou integraci. Do socioterapie můžeme zařadit např. cílené sociální učení, programy zaměřené na zlepšení sociálních dovedností, vnímavosti a náhledu na mezilidské vztahy, socioterapeutické kluby či jiné programy vedené profesionálem, zpravidla sociálním pracovníkem, ale i neprofesionálně řízené svépomocné aktivity a hnutí. Každá skupinová terapie je svým způsobem socioterapií. Síť společenských vztahů a schopnost být přijímán i lidmi mimo terapeutickou skupinu má terapeutický efekt, který by měl být profesionály v pomáhajících profesích monitorován a podporován. (Kalina 2001)

## **Ergoterapie a arteterapie**

Arteterapie využívá tvořivost klientů a je zaměřena na umění. Je při léčbě závislostí hojně používána a to s pozitivními výsledky. V počátcích se využívá například malování. (Kalina 2008) Mladí lidé rádi kreslí. Nejde samozřejmě o to vytvořit umělecké dílo. Důležitější než výsledek je to, že se člověk pomocí kresby lépe pozná a lépe přijme. I psaní básní bývá mladým lidem blízké. Také zde nejde o výsledný efekt básně, ale o to, co si člověk při psaní básně uvědomí a v čem se lépe pozná. Pomocí veršů může člověk

vyjádřit city a lépe se v nich vyznat. Báseň se ale může týkat jakéhokoli problému, který klient považuje za důležitý. (Nešpor, Mullerová1997)

Obdobně se dále využívá ergoterapie. Při ergoterapii klient uspokojuje potřebu seberealizace a povzbuzuje své sebevědomí. Různými zařízeními je hojně využívána práce v keramické dílně i jiné ruční práce. Tyto práce jsou propojením arteterapie a ergoterapie. Výrobky z těchto dílen se mohou prodávat, což u klientů podporuje pocit seberealizace i pozitivního přínosu pro ostatní. V terapeutických komunitách se hojně využívá zapojení klientů do prací denního života jako je úklid, vaření, péče o domácí zvířata apod. klienti se nejen cítí užiteční, ale pomalu se učí i odpovědnosti. (Kalina 2008)

Výsledky terapie po delším časovém odstupu, např. po pěti letech, jsou lepší než po kratším odstupu, např. již po roce. Uplatňuje se zde určité dozrávání osobnosti. Neexistuje jednotný postup, který zaručí úspěch se stoprocentní jistotou. Úspěšnost léčby ale zvyšuje, pokud je poskytnuta brzy, v terapii spolupracuje rodina, v případě, že je možnost dlouhodobé spolupráce klienta s léčebným zařízením, klient má zájem s léčebným zařízením aktivně spolupracovat a léčebný program je kvalitní. Také pokud klient netrpí jinou duševní nebo tělesnou poruchou. (Nešpor, Mullerová1997)

## **1.4 Drogová epidemiologie**

Drogová epidemiologie až do společenských změn na přelomu osmdesátých a devadesátých let minulého století v České republice respektive Československu prakticky neexistovala. Nástup demokratických poměrů znamenal změnu i ve vnímání drogového problému. Lidé nabyli mylného dojmu, že je drogový problém něčím novým. Mohla za to důsledná tabuizace problému za komunistického režimu. Jistý čas trvalo, než se vytvořilo odborné i ekonomické zázemí pro kvalitní popis situace. (Zábranský, 2006, Drogová epidemiologie)

Dle Zábránského (2006) je z metodologického pohledu drogová epidemiologie jednou z nejzajímavějších a nejobtížnějších oblastí epidemiologie vůbec. Fakt, že látky, jejichž užíváním se drogová epidemiologie zabývá, jsou ve své většině nelegální a jejich užívání je tedy vnímáno jako protispolečenský jev, vede k tomu, že se z něj stává více či méně skrývaná činnost. To komplikuje, až znemožňuje použití některých standardních epidemiologických metod. Lidé zapojení do výzkumu mohou údaje o rozsahu užívání a o míře souvisejících problémů vědomě či podvědomě zkreslovat tím, že neuvedou stoprocentně pravdivé informace a to z toho důvodu, že většina návykových látek je ilegálních a tudíž převládá ve společnosti strach uvádět pravdivé informace, nebo proto, že drogový problém považují za nepřijatelný pro společnost, nebo ho sami v sobě potlačují. Proto je nutno používat řadu rozdílných postupů a metod výzkumu využívaných v jiných oborech. Drogová epidemiologie se tak stává multidisciplinárním oborem, využívajícím kvantitativní a kvalitativní metody výzkumu. (Zábranský, 2006 Drogová epidemiologie)

### **Stručný popis vývoje drogové situace v České republice v letech 1989 až 2006**

V letech 1989 – 1993 první místo zaujímá marihuana a hašiš. Od roku 1993 postupně narůstá nabídka heroinu.

V letech 1994 – 2000 byla zaznamenána vysoká invaze heroinu ze západních zemí. Klesá domácí výroba heroinu a jeho prodej na černém trhu. Objevuje se drogová kriminalita. Jsou nasazeny dumpingové ceny.

V letech 2001 – 2006 se v České republice ustaluje počet uživatelů upřednostňujících intravenózní aplikaci. Objevují se taneční drogy. V těchto letech se Česká republika stává tranzitní zemí. Nutno dodat, že každým rokem klesá věk uživatelů při prvním kontaktu s drogou a rozšiřuje se nabídka drog. (Drogová epidemiologie, 2007)

Světová zpráva o drogách varuje před prudkým vzestupem nabídky heroinu a kokainu. 80% produkce opiových drog pochází z Afghánistánu. Nejvíce kokainu pak pochází z Kolumbie. Trh s hašišem a amfetaminy je dle této zprávy ustálený. (Závislost na drogách je nemoc. Závislosti a my 2008)

### **Průměrný věk prvního setkání s drogou**

Česká republika je spolu s Francií a Velkou Británií na prvním místě v užívání drog mladými lidmi ve věku od 15 do 17 let. (Drogová epidemiologie, 2007)

Tabulka č. 3 Průměrný věk prvního setkání s drogou  
(Drogová epidemiologie, 2007)

	<b>muži</b>	<b>ženy</b>
<b>alkohol</b>	12,8	12,6
<b>cigarety</b>	14	13,4
<b>marihuana</b>	15,5	15,6
<b>extáze</b>	17	17,6
<b>pervitin</b>	16,4	17,2
<b>LSD a jiné halucinogeny</b>	16,7	17,3
<b>kokain</b>	17,7	17,8
<b>heroin</b>	16,9	17,4

Jak je vidět, věk mladých lidí při prvním setkání s návykovou látkou je velice nízký a nadále se snižuje. Tento fakt má negativní dopad na rizika užívání návykových látek. Dětský organismus je k návykovým látkám citlivější a hrozí tak větší komplikace spojené s užíváním návykových látek. Je tudíž nutné brát zřetel na nízký věk při prvním setkání s návykovou látkou zejména při protidrogové prevenci a zaměřit ji, mimo jiné, právě na tuto věkovou kategorii. Specifiky a zaměřením protidrogové prevence se zabývám dále ve své práci.



Tabulka č. 4 Pořadí oblíbenosti drog u žadatelů o terapii  
(Drogová epidemiologie, 2007)

1	pervitin	67,3%
2	Marihuana, hašiš	46,4%
3	heroin	29,3%
4	extáze	6,8%
5	těžké látky	6,2%
6	droga v kombinaci s alkoholem	4,5%
7	LSD	2,7%
8	kokain	1,2%

Toto pořadí není nijak překvapující. Pervitin je v Česku snadno dostupný a to za přijatelnou cenu a je vyhledáván pro své stimulační účinky na organismus. Proto se vyskytuje takové množství závislostí právě na pervitinu. Oproti tomu kokain je tzv. „drogou bohatých“ a tím pádem není v České republice zneužíván v takové míře jako ostatní návykové látky. Těžké látky jsou bohužel legálně dostupné a i velice levné. Faktem ale je, že mnoho narkomanů je obeznámeno s negativními účinky organických rozpouštědel, a to zejména na mozek a játra, a proto se organickým rozpouštědlům vyhýbají.

## 1.5 Protidrogová politika

protidrogovou politiku lze podle Radimeckého a dle Stimsona definovat jako „komplexní soubor preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních, kontrolních, represivních a dalších opatření uskutečňovaných na strukturální (*makro*), komunitní (*mezzo*) a individuální (*mikro*) úrovni, jejichž konečným cílem je snížit užívání drog a/nebo škody, které jednotlivcům a společnosti mohou v důsledku užívání drog nastat.“ (Radimecký, 2006)

MacGregor v roce 1999 definoval drogovou politiku „jako formu sociální kontroly, jejíž podoba je determinována tím, jak daná společnost definuje problém užívání drog. To je 1. jak vnímá užívání drog a jejich uživatele, 2. kdo je uznávaným odborníkem pro jeho řešení a 3. jaká řešení tohoto problému navrhuje. Na základě těchto tří faktorů může společnost problém užívání drog vnímat např. jako problém medicínský, morální, kriminální, sociální nebo jako problém ohrožení veřejného zdraví.“ (Radimecký, 2006) Dle Kaliny (2001) je protidrogová politika „souhrn zásad, cílů a opatření navržených a prováděných k řešení problému drog, zejména nezákonných, na úrovni místní, státní nebo mezinárodní.“ (Kalina 2001, str. 46)

Na mezinárodní úrovni formulovala OSN v r. 1991 zásadu „vyváženého přístupu“ v drogové politice. Tím je míněno, že vedle strategie postihování nabídky drog, takzvané represe, se mají rozvíjet a uplatňovat též strategie zaměřené na stranu poptávky po drogách. To zahrnuje protidrogová prevence, která je dělena na prevenci primární, sekundární a terciární. Během 90. let se OSN začala stále více hlásit o uznání třetí strategie, kterou je snižování poškození drogami (Radimecký, 2006). Drogová politika (teoretický úvod) tj. „intervence vedoucí ke snižování potencionálních zdravotních a sociálních rizik a poškození plynoucích z užívání všech typů drog.“ Vedle deklarací Valného shromáždění OSN ztělesňují drogovou politiku světového společenství především Úmluvy OSN. (Kalina 2001)

V definici drogové politiky podle Radimeckého a dle Stimsona byly zmíněny mikro, mezzo a makro úrovně. Jedná se o úrovně vlivu, na nichž může protidrogová politika působit.

Chování na *Individuální (mikro)* úrovni je ovlivněno povědomím a názory jednotlivců o zdravotních rizicích spojených s určitým chováním (např. s užíváním drog), dále jejich záměry, motivacemi a schopnostmi. Proto se intervence drogové politiky zaměřují na jednotlivé typy drog nebo na potenciálního uživatele s cílem ovlivnit nebo změnit jeho chování

ve vztahu k užívání návykových látek. (Radimecký, 2006) Na *Komunitní (mezzo)* úrovni je chování ovlivněno názory a jednáním sociální skupiny, k níž jednatel patří a sociálním kontextem, v němž členové skupiny žijí a jednají (např. užívají drogy). V tomto případě se intervence drogové politiky zaměřují na sociální kontext, v němž jsou drogy užívány a na sociální normy, které konkrétní skupina lidí vyznává a snaží se je ovlivnit ke společensky více žádoucím. (Radimecký, 2006)

Chování na *Strukturální (makro)* úrovni ovlivňují zákony se strukturálním kontextem. Zde se intervence drogové politiky zaměřují na snahu ovlivňovat chování celé populace nebo jejích segmentů prostřednictvím zákonů, politik nebo alokací finančních zdrojů například na preventivní nebo léčebné programy, nebo na programy minimalizace rizik. (Radimecký, 2006)

## **Protidrogová politika v ČR**

Protidrogová politika je v České republice uskutečňována na národní, krajské a místní úrovni. Součinnost ministerstev a dalších orgánů, které odpovídají za jednotlivé oblasti protidrogové politiky koordinuje Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Rada projednává a předkládá vládě národní strategii protidrogové politiky, akční plán realizace národní strategie protidrogové politiky, další návrhy a informace. (Protidrogová politika, 2009) Rada každoročně předkládá vládě výroční zprávu o stavu ve věcech drog v České republice za předcházející kalendářní rok. Schvaluje dotace na projekty protidrogové politiky a uděluje certifikace odborné způsobilosti poskytovatelům služeb pro uživatele drog. (Protidrogová politika v ČR, 2009)

V České republice jsou stanoveny čtyři základní pilíře protidrogové politiky. Těmi jsou represe, prevence, léčba a resocializace a snižování poškození drogami, tj. „intervence vedoucí ke snižování potencionálních zdravotních a sociálních rizik a poškození plynoucích z užívání všech typů drog.“ (Radimecký, 2006)

## Návykové látky a právo

Legislativa související s problematikou návykových látek je primárně zaměřena represivně. Snaží se tedy omezit užívání návykových látek, a to zejména trestněprávními předpisy ustanovujícími ilegalitu těch kterých návykových látek a stanovisko k jejich výrobě a prodeji. Méně pak legislativa zahrnuje jiné způsoby snižování zdravotních a sociálních rizik v důsledku užívání návykových. Základem pro trestněprávní úpravu jsou mezinárodní úmluvy OSN ke kontrole návykových látek. (Drogy a zákon, 2006)

V následujícím přehledu jsou uvedeny právní normy, které upravují problematiku návykových látek, jsou platné ke dni 10. 5. 2010 v aktuálním znění.

- ZÁKON 108/2006 Sb. o sociálních službách ze dne 14. března 2006
- VYHLÁŠKA 123/2006 Sb. o evidenci a dokumentaci návykových látek a přípravků ze dne 31. března 2006
- ZÁKON 167/1998 Sb. o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů ze dne 11. června 1998
- METODICKÝ POKYN 20 006/2007-51 k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR ze dne 16 října 2007
- ZÁKON 228/2005 Sb. o kontrole obchodu s výrobky, jejichž držení se v České republice omezuje z bezpečnostních důvodů, a o změně některých zákonů ze dne 18. května 2005
- VYHLÁŠKA 243/2009 Sb. o stanovení seznamu osob s uvedením jejich pracovišť, pro jejichž činnost se nevyžaduje povolení k zacházení s návykovými látkami a přípravky je obsahujícími ze dne 22. července 2009,
- VYHLÁŠKA 243/2009 Sb. o stanovení seznamu osob s uvedením jejich pracovišť, pro jejichž činnost se nevyžaduje povolení k zacházení s návykovými látkami a přípravky je obsahujícími ze dne 22. července 2009

- VYHLÁŠKA 244/1988 Sb. Ministerstva spravedlnosti České socialistické republiky kterou se určuje, co se považuje za omamné prostředky a jedy ve smyslu § 187 a 188 trestního zákona ze dne 30. prosince 1988,
- ZÁKON 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů ze dne 19. srpna 2005
- ZÁKON 40/2009 Sb. Trestní zákoník ze dne 8. ledna 2009
- VYHLÁŠKA 47/1965 Sb. Ministra zahraničních věcí o Jednotné Úmluvě o omamných látkách ze dne 27. dubna 1965
- VYHLÁŠKA 54/2008 o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů ze dne 6. února 2008
- VYHLÁŠKA 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních ze dne 9. února 2005
- ZÁKON 200/1990 Sb. České národní rady o přestupcích ze dne 17. května 1990
- STRATEGIE 10 514/2009-61 MŠMT 2009 prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009–2012
- ZD 07/2001 STANDARD SUBSTITUČNÍ LÉČBY
- SDĚLENÍ 462/1991 Sb. federálního ministerstva zahraničních věcí

## 1.6 Struktura protidrogové prevence

Světová zdravotnická organizace definuje prevenci jako „soubor intervencí s cílem zamezit či snížit výskyt a šíření škodlivosti účinků užívání alkoholu a nealkoholových drog.“ WHO rozlišuje tři druhy prevence. *Primární prevenci*, tedy „předcházení užití u osob, které dosud nejsou s drogou v kontaktu.“ *Sekundární prevenci*, tedy „předcházení vzniku a rozvoji závislosti u osob, které již drogu užívají.“ A *terciální prevenci*, tedy

„předcházení vážnému nebo trvalému zdravotnímu nebo sociálnímu poškození v souvislosti s užíváním drog.“ (Co je primární prevence, 2004)

Protidrogová prevence tvoří jeden ze čtyř pilířů protidrogové politiky státu. Teoreticky je prevence považována za nejúčinnější a nejlevnější řešení drogové problematiky, ale v praxi bývá kladen důraz nejvíce na represí a nejméně na prevenci. (Nová tvář prevence závislostí. Závislosti a my, 2008)

### **1.6.1 Primární prevence**

Primární prevencí nazýváme aktivity a intervence směřující k předcházení užívání návykových látek u osob, které ještě s drogou nejsou v kontaktu. Cílem primární prevence je předejít problémům spojeným s užíváním návykových látek, případně oddálit první kontakt s drogou. (Kalina 2001)

Programy primární prevence usilují o to, aby cílová skupina získala znalosti, dovednosti a postoje podporující zdravý životní styl a aby tyto nástroje dokázala uplatnit ve svém chování nejen v době realizace programu, ale i v budoucnosti. (Nová tvář prevence závislostí. Závislosti a my, 2008)

Prevenci lze obecně rozdělit na nspecifickou a specifickou primární prevenci užívání návykových látek. Ve specifické prevenci se jedná o preventivní působení zaměřené přímo na problematiku daného jevu, kterému se prevence snaží předejít. Specifické primárně-preventivní programy se zaměřují na určité cílové skupiny a snaží se hledat způsoby, jak předcházet užívání drog, působí specificky na určitou formu rizikového chování a zaměřuje se na určitou cílovou skupinu. Nspecifické programy v tomto smyslu nelze vztahovat k určitému fenoménu, působí obecně, nspecificky. Zahrnují veškeré aktivity nemající se zneužíváním těchto látek přímou souvislost. (Co je primární prevence, 2004)

### **1.6.2 Sekundární prevence**

Cílem sekundární prevence je zmírnit následky užívání návykových látek, případně zabránit škodám, které mohou vzniknout jeho následkem. Předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které již drogu užívají nebo se na ní stali závislími. Je obvykle používána jako souborný název pro včasnou intervenci, poradenství a léčení. (Kalina 2001)

Sekundárně preventivní aktivity mají co nejméně zabránit zdravotním, psychickým, sociálním i ekonomickým škodám. Mezi nejčastější aktivity z oblasti sekundární prevence patří Informace o nejméně poškozujícím způsobu užívání návykových látek. S tím související minimalizace nebezpečí při inhalaci rozpouštědel a výměnné programy jehel a stříkaček. A také poskytování informací o různých zařízeních zabývajících se drogovou problematikou a o službách jimi poskytovaných. (Nešpor, Csémy, Pernicová 1998)

### **1.6.3 Terciální prevence**

Cílem terciální prevence je zabránění relapsu a resocializace léčených osob. (Nešpor, Csémy, Pernicová 1998) Dle Kaliny jde o předcházení vážným nebo trvalým zdravotním a sociálním poškozením z užívání drog. V tomto smyslu je terciální prevencí za první resocializace či sociální rehabilitace u klientů, kteří prošli léčbou vedoucí k abstinenci nebo se zapojili do substituční léčby a abstinují od návykových látek, za druhé intervence u aktuálních uživatelů návykových látek a nechtějí abstinovat. (Kalina 2001)

## **Primární protidrogová prevence v praxi**

V České republice probíhá primární prevence zejména na úrovni škol. A to jak základních škol, tak středních škol. Zde je využíváno různých činností, jako jsou jednorázové a dlouhodobé preventivní aktivity. Mezi dlouhodobé aktivity lze zařadit peer programy. Je prokázáno, že dlouhodobé aktivity v primární protidrogové prevenci jsou účinnější nežli ty krátkodobé. Je zcela v kompetenci školy, jaké metody prevence zvolí. Musí se ale řídit „Minimálním preventivním programem.“ Tento metodický pokyne je popsán dále v této práci.

## **Koordinátoři v prevenci**

Koordinátor preventivních aktivit je pracovník magistrátu nebo krajského úřadu, který má za úkol koordinovat protidrogovou politiku na svém území. Prochází většinou speciálním školením v drogové problematice.

Koordinátorem ve školství je školní metodik prevence, který se zabývá nejen návykovými látkami, ale celým spektrem nežádoucích jevů, jimž se snaží svým působením předcházet. Je zaměstnancem školy. (Když přijde školní inspekce. Prevence, 2004)

## **Minimální preventivní program**

Minimální preventivní program pro školy a školská zařízení, který je zpracován pod názvem Škola bez drog, je součástí Koncepce prevence zneužívání návykových látek a dalších sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti rezortu MŠMT. Je závazným opatřením pro uplatňování protidrogové politiky ve školách a školských zařízeních. Jsou dány následující body:

- systémová a koordinovaná strategie aplikování preventivních aktivit v dostatečně raném věku
- věkově přiměřené, různorodé a aktivizující metody
- nabízení pozitivních alternativ chování a životních cílů



- využívání peer prvků
- výcvik sociálně psychologických dovedností včetně odmítání nabídky
- nabídka aktivit pro smysluplné využívání volného času
- respektování rizikových faktorů
- aktuálnost a pravdivost poskytovaných informací
- informování o poradenských možnostech
- sledování efektivity opatření

(metodický pokyn MŠMT 28 275 / 2000 Sb.)

## **Zvláštnosti prevence v různých věkových skupinách**

Pro toto téma bylo použito dělení dle Nešpora a Csémyho (1997) doplněné o zajímavosti uvedené v jiné publikaci stejných autorů a H. Pernicové (1996). Uvedené je proto, aby bylo zřejmé, jak rozdílné je vnímání u dětí různého věku a tudíž na co se při primární prevenci zaměřit.

Od narození do 1 roku

Dítě je v tomto věku plně závislé na matce. Zkušenost s přiměřeně pečující a laskavou matkou může dítěti v dospělejším věku velmi pomoci. Zejména při socializaci dítěte. Z hlediska prevence je tedy důležitá vřelá a laskavá péče, která by ovšem neměla být přehnaná. Důležitou roli hraje uspokojování, zejména citových, potřeb dítěte. (Nešpor, Scémy 1997)

Od 1 do 3 let

Dítě se začíná duševně oddělovat od matky a prosazovat svoji vůli. Myšlení tohoto věku je především zaměřené na sebe. Je magické, fantastické a nepružné. Chování rodičů by mělo být klidné a vřelé. Mělo by dítěti laskavě dávat najevo, že je v pořádku, že se chce prosadit. Důležité ale je určit dítěti hranice a omezení v sebeprosazování a tyto hranice důsledně

respektovat a zachovávat. (Nešpor, Csémy 1997) Stále zůstává velice důležité uspokojování biologických i psychických potřeb dítěte. Tím se zvyšuje všeobecná odolnost dítěte, tudíž i odolnost vůči vzniku závislosti na návykových látkách. (Nešpor, Scémy, Pernicová 1996)

#### Od 3 do 6 let

V tomto věku rodiče zůstávají stále nejdůležitějšími osobami, ale většina dětí začíná postupně pronikat do širšího světa mimo úzkou rodinu (např. širší rodina, školka, vrstevníci). K tomuto patří tzv. vyptávání se, které by rodiče neměli podceňovat. Důležitou funkci v tomto období má hra. Dítě zkoumá okolí a právě hrou se učí zjišťovat, co je skutečné a co ne. Jeho chování se dostává v příznivém případě do souladu s autoritami, získává cíl a smysl. (Nešpor, Csémy 1997) Již v tomto věku je důležité začít dítěti vštěpovat, že zdraví je důležitá hodnota a že je třeba ho chránit. Proto je třeba se některým věcem vyhnout (alkoholické nápoje, léky, sirky, ostré předměty). Dítě má vědět, že okolní svět skrývá jistá nebezpečí a má se učit, jak se jim bránit. Již by tedy nemělo spoléhat pouze na všemocnou ochranu rodičů. (Nešpor, Scémy, Pernicová 1996)

#### Od 7 do 12 let

Toto období je velice náročné, z hlediska sociálních patologií rizikové a pro prevenci nesmírně důležité. Cílená prevence zaměřená proti škodám způsobeným tabákem, alkoholem a jinými drogami by měla začít již teď. Účinnost prevence se zvýší, je-li zahájena 2 – 3 roky před prvním kontaktem s drogou. Dítě tohoto věku se učí mnoha potřebným dovednostem, učí se vycházet s vrstevníky, zapojit se do skupiny, duševně pracovat, uspokojovat své tělesné i duševní potřeby. Začíná být schopno rozumově uvažovat. O sobě má tendenci přemýšlet černobíle podle měřítek a očekávání druhých. (Nešpor, Csémy 1997) Informace poskytované těmto dětem by měly být velmi konkrétní. Je třeba pokračovat ve zdůrazňování hodnoty zdraví

a vštěpovat jim přání být zdrav nebo zdráva. Postupně je třeba informace přeměňovat v pravidla a návyky a srozumitelně je vysvětlovat. (Nešpor, Scémy, Pernicová 1996)

Od 13 do 22 let

Tento věk je také v mnoha ohledech pro dospívajícího jedince náročný. Dochází k tělesnému i duševnímu dozrání. Jedinec objevuje a rozvíjí schopnosti řešit problémy, rozhodovat se, abstraktně myslet a vytvářet hypotézy. Dospívající se začíná postupně oddělovat od rodiny a vytváří předpoklady pro budoucí samostatný život. Zejména v časném dospívání bývá tento vývoj provázen vzpourou. Kritičnost vůči rodičovské autoritě je pro utváření budoucí osobnosti nutná. Pouze ale v případě, že je přijata s láskou a porozuměním. K úkolům pozdního dospívání patří rozhodování o budoucím povolání, vytváření základu budoucího samostatného života, navazování budoucích dlouhodobějších citových vztahů. Neúspěchy v těchto oblastech jsou velmi trýznivé. (Nešpor, Scémy 1997) Pro mladé lidi tohoto věku je velmi důležitá skupina vrstevníků, která jim může pomoci se alkoholem a drogám vyhnout. Může ale také v tomto ohledu paradoxně představovat nebezpečí. Proto jsou v tomto věku tak důležité a s pozitivními výsledky užívané tzv. peer programy. Dospělý se může nabízet jako zdroj informací, zároveň by ale měl povzbuzovat k samostatnosti a sebedůvěře. Měl by počítat s tím, že mladí lidé tohoto věku se nespokojí s přijetím informace, ale budou chtít diskutovat. Prevence v této skupině je také zásadně důležitá, protože bývá zvláště ohrožena. Zneužívání alkoholu nebo drog v dospívání může vést k rychlému vytvoření návyku. (Nešpor, Scémy, Pernicová 1996)

Ze zkušeností při působení v peer programech a po prostudování mnohé literatury je zřejmé, že protidrogová prevence je nejdůležitější a nejvíce účinná v raném věku. A to již od prvních tříd základní školy, kdy by

dětem měla být nenásilnou formou vštěpována důležitost vlastního zdraví. Děti a dospívající pozdějšího věku jsou ohroženy zejména při pubertálních vzdorech a v situacích kdy se chtějí cítit dospěle. Proto si například zapalují první cigaretu. Chtějí sami sobě i svému okolí a to včetně rodičů dokázat, jak jsou dospělí a samostatní. Proto je primární prevence nejdůležitější a nejúčinnější ve věku puberty. Pozitivní účinek může mít ale pouze důsledně propracovaná prevence, která musí být poskytována dlouhodobě a s návazností jednotlivých úseků. Bohužel nelze přesně definovat etiologii zneužívání návykových látek, lze pouze stanovit některé rizikové faktory. A i v případě těchto rizikových faktorů hraje velikou roli individualita a momentální psychická situace jedince.

### **Protidrogová prevence na školách**

V této kapitole jsou stručně popsány některé možnosti preventivních programů, které jsou využívány na školách.

Fungující protidrogová prevence na školách vyžaduje dobrou přípravu školitelů, většinou učitelů té které školy. Tuto roli mohou ale samozřejmě zastávat i jiní, externí odborní pracovníci. Dalšími předpoklady je motivovanost a spolupráce žáků nebo studentů a v neposlední řadě soustavnost, návaznost a dlouhodobá spolupráce. (Nešpor et al. 1996)

Existuje mnoho strategií protidrogové prevence. Některé mají význam, jiné význam nemají a některé jsou dokonce kontraproduktivní. Za neúčinné a u některých skupin kontraproduktivní se považují strategie jako například zastrašování, citové apely nebo prosté informování o existenci a účincích návykových látek. (Nešpor, Scémy, Pernicová 1996)

Dle Nešpora, Csémyho a Pernicové (1996) by dlouhodobá protidrogová prevence na školách měla zahrnovat 8 hlavních modulů. 4 moduly přípravy a 4 moduly realizace. Prvním modulem je „motivace“, druhým „lepší možnosti“, třetím modulem „sociální dovednosti a odmítání“, a čtvrtým modulem je utvrzení“. Tyto moduly se mohou realizovat v 8 lekcích

po sobě následujících, přičemž jedna lekce může zahrnovat 2 až 3 vyučovací hodiny a další lekce by měla následovat minimálně s týdenním odstupem. V modulech přípravy se děti seznamují s teoretickými fakty. Děti by měli být aktivně zapojovány do výkladu i v přípravných fázích. V modulech realizace si děti ověřují znalosti a učí se praktickým dovednostem jako například odmítání drogy apod. Všechny moduly by měly být koncipovány tak, aby děti bavily. Pokud se děti nudí a nevnímají, pozbývá prevence efektivity. Příkladem krátkodobých preventivních aktivit je jednorázová přednáška. Bývá většinou realizována externím pracovníkem a bývá zahrnuto pouze jedno téma. Následná přednáška většinou tematicky nenavazuje na předešlou a bývá uskutečněna až za delší časový úsek, tak nemají prakticky žádný účinek. (Nešpor, Scémy, Pernicová 1996)

Dle Novákové a Béma (1995) by dlouhodobá prevence na školách měla zahrnovat 4 lekce vždy o třech blocích. Jedna lekce by měla být v rozsahu jedné až dvou vyučovacích hodin. Náplní první lekce je uvědomění si různých emočních stavů, jejich příčin, rozeznávání pocitů druhých. Dále uvědomění si souvislostí mezi emočními stavy a motivací chování. A v neposlední řadě ovlivňování duševních a somatických stavů. Náplní druhé lekce by mělo být pochopení pojmu konflikt. Intrapersonální i interpersonální konflikt. A možnosti řešení konfliktů. Třetí lekce by měla poukazovat na očekávání od drogy a na její skutečný dopad. Dále by měla obsahovat výčet důvodů, proč lidé berou drogy a nalezení přiměřených řešení. Čtvrtá lekce má za cíl poskytnout dětem konkrétní informace o účincích drog a jejich vlivu na psychiku a tělesné zdraví a nácvik odmítání nabízené drogy. Podrobné kroky a náplň jednotlivých bloků autoři popisují ve své publikaci. (Nováková, Bém 1995)

## **Peer programy**

Peer programy neboli vrstevnické programy pocházejí z USA a jejich strategie spočívá v zapojení předem vyškolených vrstevníků do procesu formování postojů a získávání znalostí o drogách, s cílem zabránit užívání drog. Je prokázáno, že děti lépe přijímají informace o této problematice

od svých vrstevníků nežli od dospělých autorit. (Nešpor, Csémy, Pernicová 1996)

## **1.7 Národní organizace ve vztahu k problematice návykových látek**

Zde jsou uvedeny národní organizace působící v oblasti návykových látek v ČR. První organizací je Národní protidrogová centrála Policie České republiky a druhou Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Je zde stručně popsáno jejich hlavní zaměření a působnost.

### **Národní protidrogová centrála Policie České republiky**

„Hlavním úkolem národní protidrogové centrály policie české republiky je vyhledávat, odhalovat a vyšetřovat trestnou činnost na úseku nedovolené výroby a obchodu s omamnými a psychotropními látkami a jedy, zejména v jejich organizovaných a mezinárodních formách. Cílem jejího snažení je snižování nabídky nelegálních drog v České republice a prosazování práva v této oblasti. Kromě toho se podílí na tvorbě a realizaci národní strategie protidrogové politiky a v preventivní oblasti vytváří projekty zaměřené na vzdělávání odborné veřejnosti a nespécifickou primární prevenci.“ (Národní protidrogová centrála – prezentace útvaru, 2010)

„Na Národní protidrogové centrále slouží policisté a policistky, kteří si svou práci vybrali jako poslání a hluboce věří v jeho smysl. Systematický a precizní personální výběr příslušníků centrály, společně s pevným vnitřním systémem etických pravidel byly a jsou zárukou, že svou práci Národní protidrogová centrála vykonává profesionálně a s maximální efektivitou.“ (Národní protidrogová centrála – prezentace útvaru, 2010)

Obrázek č. 7 znak Národní protidrogové centrály Policie České republiky

(Národní protidrogová centrála – prezentace útvaru, 2010)



## **Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti**

„Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (dále NMS) je českým partnerem sítě REITOX, zřízené a podporované národními vládami a Evropskou unií s cílem monitorovat situaci v oblasti psychotropních látek, připravovat podklady pro kvalifikovaná politická rozhodnutí v této oblasti na národní i evropské úrovni a vyhodnocovat jejich účinnost. Bylo zřízeno v r. 2002 jako součást Úřadu vlády ČR – sekretariátu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.“ (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006)

„Na činnost NMS dohlíží Poradní výbor pro sběr dat o drogách, který vznikl na základě usnesení vlády ze dne 26.3.2003 č. 296. Poradní výbor pro sběr dat o drogách je stálým poradním orgánem Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky pro oblast monitorování situace v oblasti užívání drog a jeho následků a orgánem sledujícím činnost Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti. Členy výboru jsou odborníci v oblasti sběru a analýzy dat, sledování výskytu, prevence a léčby návykových nemocí a příbuzných oborů. NMS poskytuje garantované, objektivní, kvalitní, přesné a spolehlivé informace o problému drog v ČR.

V rámci tzv. drogového informačního systému provádí, iniciuje, podílí se na monitorovacích a výzkumných aktivitách. Nástrojem pro plánování, koordinaci a rámcové hodnocení drogového informačního systému je Národní akční plán drogového informačního systému.“ ((Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006)

Obrázek č. 8 znak národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti

(Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006)





## **2. Empirická část**

### **2.1 Cíle empirické části**

Východiskem pro zpracování empirické části byly informace získané studiem odborných pramenů. Podklady pro její napsání byly získány metodou kvalitativního výzkumu. Cílem výzkumné části bylo ukázat na konkrétním klientovi léčícím v terapeutické komunitě svou závislost na heroinu, postup terapie, problémy jaké mohou mít závislí lidé při terapii i v osobním životě a v jak složité situaci se tito lidé nacházejí.

#### **Byly stanoveny dílčí cíle**

1. Zjistit všechny potřebné informace o konkrétním klientovi.
2. Analyzovat a zpracovat získané informace.
3. Posoudit klientův aktuální stav, stanovit hlavní ošetřovatelské diagnózy a cíle, kterých by mělo být dosaženo.
4. Realizovat ošetřovatelskou péči zaměřenou na uspokojování aktuálních potřeb klienta.
5. Zhodnotit zda se podařilo dosáhnout stanovených cílů a popřípadě navrhnout další postup.

#### **Pro zpracování výzkumného šetření byla stanovena následující tvrzení**

##### *Metoda šetření*

1. Kvalitativní výzkum
2. metoda kazuistika
3. techniky - volný rozhovor s klientem, s personálem terapeutické komunity a s dalšími klienty léčícími se v této komunitě, další pozorování, analýza dokumentů, ošetřovatelský proces.

## 2.2 Teoretický model

Při sběru informací a při zpracovávání ošetrovatelské kasuistiky byly použity prvky z teoretických ošetrovatelských modelů Majory Gordon a Virginie Henderson.

### Model funkčních vzorců zdraví M. Gordon

Hlavním cílem ošetrovatelství je dle M. Gordon zdraví, zodpovědnost jedince za své zdraví a rovnováha bio – psycho- sociálních interakcí. Klient je chápán jako holistická bytost s biologickými, psychologickými, sociálními, kulturními, behaviorálními, kognitivními a spirituálními potřebami. Jedinec s funkčním nebo disfunkčním typem zdraví. (Pavlíková 2006)

Vzorci jsou úseky chování jedince, které reprezentují základní subjektivní a objektivní ošetrovatelské údaje. M. Gordon uvádí dvanáct funkčních vzorců zdraví. (Pavlíková 2006)

1. Vnímání a udržování zdraví
2. Výživa a metabolismus
3. Vylučování
4. Aktivita a cvičení
5. Spánek a odpočinek
6. Vnímání a pozorování
7. Sebepojetí a sebeúcta
8. Vztahy
9. Sexualita
10. Zvládání a tolerance stresu
11. Víra a životní hodnoty
12. Jiné

(Farkašová et. al. 2006)

## **Teorie základní ošetrovatelské péče dle V. Henderson**

Hlavním cílem ošetrovatelství v tomto modelu je nezávislost klienta v uspokojování potřeb. Klient je chápán jako jedinec vyžadující pomoc při dosahování zdraví a nezávislosti nebo klidném umírání. (Farkašová et. al. 2006)

Každý jedinec má základní potřeby, které jsou ovlivněny kulturou a jeho vlastní osobností. V. Henderson uvádí, že lidé jsou tvořeni čtyřmi základními složkami, a to biologickou, psychickou, sociální a spirituální. Ty jsou pak souhrnem čtrnácti elementárních potřeb. (Pavlíková, 2006)

1. Normální dýchání
2. Dostatečný příjem potravy a tekutin
3. Vylučování
4. Pohyb a udržování vhodné polohy
5. Spánek a odpočinek
6. Vhodné oblečení, oblékání a svlékání
7. Udržování fyziologické tělesné teploty
8. Udržování upravenosti a čistoty těla
9. Odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých
10. Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav a názorů
11. Vyznání vlastní víry
12. Smysluplná práce
13. Hry nebo účast na různých formách odpočinku

## 14. Učení

Od uvedených potřeb se odvíjí čtrnáct komponent základní ošetrovatelské péče. (Pavlíková 2006)

### 2.3 Ošetrovatelský proces

Aktivní ošetrovatelská péče vychází z teorie ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelským procesem rozumíme způsob práce, přístup k individualitě. V ošetrovatelském procesu vyhledáváme potřeby *biologické, psychické a sociální*. Tento proces může být popsán jako aktivní vyhledávání a plánovité uspokojování bio – psycho – sociálních potřeb klienta nemocí narušených, nebo v průběhu nemoci vzniklých. (Rozsypalová, Šafránková, 2002)

Ošetrovatelský proces probíhá v pěti fázích. První fází je zhodnocení nemocného (Kdo je můj klient). Zahrnuje shromáždění informací potřebných pro individualizovanou ošetrovatelskou péči, zhodnocení potřebných informací a stanovení ošetrovatelských diagnóz. Druhá fáze zahrnuje nalezení skutečných a očekávaných potřeb a problémů nemocného, probírání problémů s nemocným, pokud je to možné a vypracování pořadí jejich naléhavosti. Třetí fází je plánování ošetrovatelské péče. Zahrnuje stanovení cílů ošetrovatelské péče a vypracování vhodného plánu ošetrovatelské péče. Čtvrtou fází je pak realizace ošetrovatelského plánu, která zahrnuje poskytnutí péče podle sestaveného ošetrovatelského plánu. A poslední fází je hodnocení efektu poskytnuté péče. Pokud nebylo dosaženo stanoveného cíle, je nutné vrátit se k první či druhé fázi ošetrovatelského procesu. (Rozsypalová, Šafránková, 2002)

## **2.4 Charakteristika výzkumného zařízení**

### **– terapeutická komunita ve které se klient léčí**

Terapeutická komunita jako taková se orientuje na pomoc k překonání psychických a sociálních bariér vzniklých v souvislosti s chorobnou závislostí na psychotropních látkách, situačních poruchách – reakčních stavech se ztrátou sociálních jistot. Těchto služeb může využít klient po absolvování terapeutické odvykací kúry a následné abstinenci. Každé zařízení komunitního typu má jinak vytvořenou koncepci péče a jinak nastaveny nároky a požadavky na své klienty. Posláním služeb poskytovaných touto komunitou otevřeného typu je poskytnutí odborné pomoci závislým na návykových látkách, kteří absolvovali základní krátkodobou léčbu závislosti a rozhodli se upevnit své nově nabyté postoje a proabstinenční dovednosti tak, aby se mohli plně zařadit do běžného životního stylu v oblastech profese, bydlení, seberealizace, sociální a vztahové stabilizace. Základním cílem poskytované služby je podpora klienta v jeho rozhodnutí trvale přijmout proabstinenční životní způsob života.

Přijetí do komunity je dobrovolné a vzniká vzájemnou dohodou o poskytnutí takového programu, aby vedl k dosažení schopností trvalé a důsledné abstinence. K podmínkám pro vstup do této terapeutické komunity je dovršení 18 let (v indikovaných a odůvodněných případech lze učinit výjimku), závislost na návykových látkách, prodělaná detoxikační terapie, osobní motivace a zaslání motivačního dopisu se základními informacemi o sobě po předchozí telefonické domluvě. Klient hradí náklady spojené se stravováním a s bydlením v komunitě. Režim v terapeutické komunitě probíhá ve třech fázích. Tyto fáze popisují dále. Délka pobytu se odvíjí dle klientova stavu. Ve většině případů trvá terapeutický program v komunitě 12 měsíců. Může trvat ale i déle. Terapie může být i ukončena předčasně z důvodu nespolupráce nebo porušení pravidel. Pravidly této komunity se také zabývám níže. Terapeutický program je po vzájemné dohodě uzavřen slavnostním rituálem.

## **Fáze režimu v této terapeutické komunitě**

### *1. Fáze*

První fáze programu má umožnit uživateli přijmout rozhodnutí abstinence a individuálního strukturovaného programu běžného životního stylu. K tomu napomáhá obecně vytvořený strukturovaný program komunity, kterým každý uživatel prochází nejméně po dobu 14 dnů, ale i déle. To je opět dáno individuální situací a může trvat až 8 týdnů. Jednotlivé části programu jsou koncipovány tak, aby se během dne vystřídaly běžné denní povinnosti každého dospělého člověka jako je hygiena, úklid osobního prostoru, péče o zdraví, pracovní zařazení a seberealizace ve volném čase. Zároveň je v této fázi dostatek prostoru průběh a realizaci těchto činností u jednotlivých klientů reflektovat v rámci skupinové psychoterapie, nebo individuálních konzultací. Signálem pro ukončení 1. fáze a přestup do následující je bezproblémové zařazení klienta do programu a reálné plánování dalších kroků jako je např. přestup do zaměstnání. V průběhu této fáze si uživatel také standardně vyřizuje své pohledávky vůči sociálnímu a zdravotnímu pojištění, úřadu práce apod. přechod z první fáze do druhé si klient musí obhájit na programu volné tribuny a vyjadřují se k němu všichni členové komunity.

### *2. Fáze*

Pokud si klient obhájí přestup do druhé fáze, následuje nejkratší etapa programu. Druhá fáze může trvat od 14 do 21 dní a slouží k aktivnímu nalezení zaměstnání. Klient opouští zařízení na 4 – 5 hodin denně ve stanovený čas a hledá si zaměstnání, která není v rozporu s programem. Zaměstnání v rozporu s terapeutickým programem jsou například práce v pohostinství, podomní prodej a stálá noční směna. Své úspěchy a neúspěchy hodnotí na psychoterapeutickém programu a koriguje je podle potřeby. Pokud se klientovi nepodaří v tomto časovém úseku najít vhodné povolání, je možné druhou fázi prodloužit nebo se klient vrací do programu první fáze. V případě nalezení zaměstnání klient seznamuje komunitu

s pracovní smlouvou a pracovními podmínkami a v tomto případě může přestoupit do následující fáze.

### 3. Fáze

Třetí fáze programu je nejdelší, trvá standardně 6 až 8 měsíců. Může ale trvat i déle, opět závisí na individuálních okolnostech. V této fázi si uživatel v praxi prověřuje své nabyté dovednosti a získané postoje. Učí se zvládat jak proces zaměstnání, pravidelné docházení do zaměstnání, dodržování pracovní doby, plnění pracovních úkolů, tak i péči o sebe, o své prádlo, dodržování pořádku na domě. Klient také začíná nacházet seberealizační možnosti ve svém volném čase. Tato fáze je nejnáročnější jak pro klienta samotného, tak i pro poskytovatele. Individuálně se pracuje na postupném vytváření jeho jedinečného životního stylu při plnění běžných společenských požadavků. Klient si v této fázi nachází nové zájmy a vytváří nové sociální vazby. Často se mu v této fázi daří navázat kontakt s původní rodinou a zažívá pocit úspěšnosti a seberealizace. Tím se klientovi reálně zvyšuje sebevědomí a začíná mít hmatatelné zisky ze svého proabstinenčního způsobu života. V této fázi také klient pracuje na tréninku předcházení vzniku recidivy užívání návykové látky.

Přibližně dva měsíce před ukončením programu si uživatel začíná zajišťovat ubytování a žádá o rozvolňovací individuální program. Postupně se přestává vracet do programu každý den a zvolna si trénuje život bez podpory komunity. Vždy se zúčastňuje programu volné tribuny, kde hodnotí své kroky. Pokud se mu podaří splnit rozvolňovací program, zhodnotí písemně celý průběh léčby a resocializace a závěrečným slavnostním rituálem řádně ukončí program.

#### *Program pro udržení abstinence a sociálních dovedností*

Pokud má klient zájem, může po ukončení třetí fáze následovat tzv. Program pro udržení abstinence a sociálních dovedností. Tento program je ambulantní a v případě potřeby klientovi umožní návrat do komunity. Účast na týdenním opakovacím pobytu v prvním roce abstinence a účast

na rodinné terapii je nutná. Po absolvování programu pro udržení abstinence a sociálních dovedností je léčba v terapeutické komunitě považována za skončenou.

## **Základní pravidla stanovená terapeutickou komunitou**

### **Pravidla týkající se příjmu klienta do terapeutické komunity**

Nástup je možný pouze po základní terapii a to buď jako překlad z detoxikační jednotky nebo jako nástup po základní léčbě s pobytem doma. Jedná-li se o první možnost, je povolena první vycházka již druhý víkend. V druhém případě je možná první vycházka až víkend čtvrtý. Umožní-li tým a komunita návrat klienta po recidivě, pak je vycházka možná po 8 týdnech. Toto pravidlo nemá vliv na přechod z první fáze do druhé. Nový klient je 48 hodin v ochranné lhůtě a je brán ohled na porušení povinností. Nový klient má určeného tzv. staršího sourozence, tzn. jednoho klienta z terapeutické komunity, který mu pomáhá s adaptací v novém prostředí. Klient je povinen do tří týdnů odevzdat svůj životopis v rozsahu šesti stran, z toho tři strany drogové kariéry. Každý klient si do čtrnácti dnů po příchodu do komunity vybere jednoho z určených pracovníků jako garanta tj. osobu, která s ním bude individuálně pracovat, řešit problémy a usměrňovat kroky k dosažení určeného cíle. Klient vybraného garanta osloví, domluví si schůzku a připraví si v bodech svůj plán léčby, svoji zakázku a osobní cíl.

Práce s klienty v terapeutické komunitě je týmová. V tomto zařízení terapeutický tým tvoří psycholog, externí psychiatr, terapeuti, kteří mají zdravotnické nebo sociálně zaměřené vzdělání které je doplněné o psychologický kurz. Dále komunita spolupracuje se sociálními pracovníky. Všichni členové terapeutického týmu se společně podílí a společně rozhodují o terapeutickém postupu konkrétního klienta.

### **Pravidla týkající se programu terapeutické komunity**

Všechny programy dané v režimu se dodržují v čase i obsahu, není-li dohodnuto jinak. V průběhu programů není dovoleno používat jakékoli osobní hudební přehrávače.



*Program tzv. volná tribuna* = je hlavní hodnotící skupinový program, povinný pro všechny klienty, kterého se můžou účastnit i rodinní příslušníci. Vše, co klienti chtějí a potřebují, musí projít tímto programem. To je například sociální volno, vycházky, televize, žádosti, podněty pro změnu režimu, komunitní akce atp. Koná se každý týden ve čtvrtek od 15 hodin.

*Program komunita nebo skupina* = Komunit a skupin se účastní všichni klienti v první fázi, ve druhé fázi a klienti, kteří jsou ve třetí fázi, pokud nejsou v zaměstnání.

*Program individuálního režimu* = tuto možnost mají studenti brigádníci. Po návratu ze školy jsou zapojeni do programu. Studenti musí doložit potvrzený rozvrh hodin a konkrétní spoje pro dopravu do školy. Prázdniny tráví v komunitě.

*Program rodinné terapie* = tento program je povinný pro všechny klienty i v případě, že se neúčastní jeho rodinní příslušníci. Je nutné s ním počítat do budoucnosti. Například naplánovat si dovolenou v zaměstnání. Probíhá dvakrát ročně.

*Program sociálního volna* = lze využít pouze ve dnech, kdy není program skupina nebo volná tribuna. Je určen k vyřízení úředních, soudních a zdravotních záležitostí. Nevyužívá se ke schůzkám s partnerem, návštěv domova, restaurací a podobně. Hlásí se na volné tribuně. Hradí se dnem z vycházky. Nehradí se v případě, pokud nepřesahuje dvě hodiny.

*Program vycházka* = odchod klienta mimo dům komunity. Klient odchází v pátek v 15 hodin a vrací se v neděli do 19 hodin 15 minut. Jiným typem vycházky je tzv. vycházka na domě. V tomto případě je klient povinen pouze dodržovat čas jídla a brát ohled na komunitní program. Vycházka se hlásí na volné tribuně spolu s plánem vycházky a se strukturou, kterou si klient udrží přes vycházku. Vycházky se podepisují ve čtvrtek od 17 hodin 50 minut do 18 hodin. Nepodepsání vycházky znamená její ztrátu.

*Program rozcvička* = trvá od 7 hodin do 7 hodin 15 minut. Zahrnuje běh na hřiště a zpět a cvičení na zahradě. Klienti jsou povinni mít na sobě sportovní oblečení.

## **Pravidla týkající se funkcí klientů**

Funkce jsou na 14 dní a předávají se na velké tribuně. Při odchodu mimo zařízení je povinností klienta předat svoji funkci jinému z komunity.

*Funkce „pán domu“* = vede program komunity, program velké tribuny, dělá zápisy a důležitá rozhodnutí, vyvěšuje nástěnku, odpovídá za pořádek, předává terapeutovi v době večerky zkontrolovaný dům, sešit odchodů a deníky. Přiděluje rajony a je odpovědný za jejich plnění.

*Funkce „vrátný“* = hlásí terapeutovi a zapisuje do sešitu veškeré návštěvy, nepouští do domu cizí osoby bez vědomí terapeuta. Odpovídá za pořádek před domem a v kuřárně.

*Funkce „kronikář“* = zapisuje události v komunitě. Kroniku odevzdává jedenkrát za 14 dní na velké komunitě.

*Funkce „sporták“* = Odpovídá za rozcvičky, sportovní akce a výlety.

*Funkce „mistr“* = Odpovídá za pracovní terapii.

*Funkce „zahradník“* = má na starost zahradu.

*Funkce „kuchař“* = odpovědní za chod v kuchyni. Dále se dělí. Šéfkuchař odpovídá za celkovou úroveň kuchyně. Kuchyňští zajišťují úklid kuchyně, kumbálu a jídelny.

*Funkce „účetní“* = odpovídá za komunitní peníze. Jeho povinností je i zakládání účtů do účetního sešitu.

*Funkce „hadráč“* = stará se o ručníky, utěrky a o koše na špinavé prádlo.

V této terapeutické komunitě je působivé, jak promyšlené a provázané jsou jednotlivé aktivity. Každodenní program je zaměřen na to, aby se klienti učili přijímat řád všedního dne a postupně si tvořit svůj vlastní individuální program a to nejen krátkodobý, týkající se pouze několika nejbližších hodin, ale také dlouhodobý. Učí se všeobecné odpovědnosti jako je hospodaření s penězi, pravidelné docházení do zaměstnání, péče o své zdraví a tak podobně. Učí se přemýšlet nejen sami za sebe ale mít odpovědnost i za celou skupinu. Dále se učí porozumět sami sobě i ostatním. Osvojují si i další sociální dovednosti, které jsou nezbytné pro běžný život bez závislosti.

Přesto, že se klienti do terapeutické komunity dostávají kvůli své závislosti na návykových látkách a svým předchozím životem ubližovali nejen sobě ale ve většině případů i svým rodinám a blízkým, je obdivuhodné, že chtějí a tudíž dokáží dodržovat striktní režim daný terapeutickou komunitou. Myslím si, že konkrétně tato komunita je dobrou přípravou pro budoucí život klientů.

Tato kapitola byla vypracována na základě informací získaných od personálu a klientů terapeutické komunity a ze Standardů této komunity, které jsem měla k dispozici k nahlédnutí.

## **2.5 Kazuistika klienta užívajícího heroin**

Klient 31 let, svobodný, nezaměstnaný, byl přijat k dlouhodobému pobytu do terapeutické komunity k léčbě závislosti na heroinu. Jednalo se o překlad z oddělení pro léčbu závislosti, z detoxikační jednotky. Přijetí je opakované. Klient první léčbu nedokončil. Klient byl v mé ošetrovatelské péči 3 dny v počáteční fázi pobytu a nadále zůstává v terapeutické komunitě. Klient si terapeutické zařízení tohoto typu zvolil z vlastní iniciativy. Dle klienta si tuto konkrétní terapeutickou komunitu otevřeného typu vybral z důvodu svého věku a schopnosti a ochoty akceptovat striktní pravidla daná komunitou. (rozhovor, dokumentace)

## **Stručný životopis klienta**

Klient se narodil v České republice. Otec se o něj nezajímal. Matka je několikrát rozvedená. V pěti letech se s matkou odstěhovali do nejmenované zahraniční země a v šesti letech do jiné zahraniční země, kde necítil žádné zázemí. Jako dítě byl často hospitalizován. V 11 letech, v zahraniční nemocnici, zažil první zkušenost se závislostí, kdy byl po operaci tlumen opiáty. Nepamatuje si, jak dlouho trval odvykací stav. Odtud byl převezen do české nemocnice. Od té doby žil u prarodičů, toto období považuje za neklidnější a nejšťastnější. Ve třinácti letech se přestěhoval s matkou do Prahy, kde začal chodit do 7 třídy. Tehdy začal experimentovat s alkoholem, začal mít potíže se záškoláctvím a s prospěchem. Nedokončil tehdy nepovinnou 9 třídu základní školy. Na středním odborném učilišti poprvé užil marihuanu a pervitin. Školu nedokončil. Uživatelem heroinu se stal v 18 letech. Později vypomáhal matce jako průvodce v zahraničí. Od klientových 21 let se u něj začaly projevovat snahy o to, přestat užívat návykové látky. V této době pobýval střídavě v Česku a v zahraničí. Dle svých slov se od té doby pohybuje v jakémsi bludném kruhu zdánlivého překonání závislosti na heroinu, zneužíváním alkoholu a marihuany. Zákonitě se přes tyto látky opět dostává k zneužívání heroinu. Posledních 10 let klient navštěvuje různá terapeutická zařízení. Do současné doby se mu však nepodařilo žádnou terapii dokončit. V současné době je již třetím měsícem klientem nejmenované terapeutické komunity. Dle vlastních slov je motivován a plně rozhodnut terapii dokončit. Předpokládá, že bude trvat minimálně jeden rok, možná i více. (rozhovor)

### **2.5.1 Lékařská anamnéza a diagnostika**

Tento odstavec shrnuje podrobné anamnestické údaje a dále hlavní a vedlejší diagnózu klienta stanovené lékařem.

## **Anamnéza**

Anamnéza by měla být sbírána a zaznamenávána do dokumentace lékařem při přijetí klienta do terapeutického zařízení. V případě tohoto klienta byla anamnéza sepsána při přijetí na detoxikační jednotku. Při překladi do terapeutické komunity již odebírána nebyla. (dokumentace)

## **Alergologická anamnéza**

Klient má diagnostikovanu alergii na vosí a včelí bodnutí. Jinou alergii neguje. (dokumentace)

## **Sociální anamnéza**

Trvalým pobytem je hlášen u své matky a babičky v domě v malé vesnici. Pobývá ale v různých městech, dokonce i v různých státech. Je svobodný a bezdětný, v současné době nemá partnerku. Dosáhl pouze základního vzdělání. Studium na střední odborné učiliště nedokončil. (dokumentace)

## **Pracovní anamnéza**

Dříve pracoval jako průvodce pro cestovní kancelář. Krátkodobě pracoval také jako distributor tisku, pouze ale 2 – 3 hodiny denně v ranních hodinách. Nyní je nezaměstnaný. Na úřadu práce veden není. Zdravotní pojištění platí matka. (dokumentace)

## **Rodinná anamnéza**

Otec matky zemřel na blíže nespecifikovanou rakovinu. Otec zemřel na infarkt myokardu. Nevlastní bratr je toxikoman, již druhým rokem abstínuje. Jiná psychiatrická onemocnění se v rodině nevyskytují. (dokumentace)

## **Osobní anamnéza**

Porod a poporodní vývoj byl v normě. Epileptický záchvat nikdy neprodělal. Klient nikdy neprodělal žádný úraz hlavy ani febrilní křeče. Štítná žláza není zvětšena, klient problémy se štítnou žlázou neudává. Diabetes

melitus ani žádné nádorové onemocnění klient neudává. Klient prodělal Tyto operace: nefrectomii v dětství, částečnou resekci tlustého střeva s dočasnou kolostomií a zanoření kolostomie v dospívání. Vážnější úrazy klient neudává. Další somatická onemocnění jsou: dna na terapii a žaludeční eroze na terapii. (dokumentace)

## **Abusus**

Před zahájením terapie pil alkohol všeho druhu, pil denně. Alkohol byl přechodným médiem k recidivě zneužívání heroinu. Klient kouří přibližně 20 cigaret denně. Klient za svůj život vyzkoušel LSD, THC, pervitin a heroin. Heroin mu nejvíce vyhovoval. Marihuanu nepovažoval za drogu, byla přechodným médiem k recidivě zneužívání heroinu. (dokumentace)

## **Kriminalita**

Nebyl nikdy trestán ani obviněn z žádného trestného činu. (dokumentace)

## **Farmakologická anamnéza**

Dříve užíval Hypnogen 2 mg na noc, Suboxone 5 mg. Nyní užívá Omeprazol 20 mg, Ginkobiloba, Milurit 100mg, Ibuprofen 400 mg při bolestech hlavy. (dokumentace)

## **Psychiatrická anamnéza**

Nikdy se neléčil pro žádná psychiatrická onemocnění. Dle svých slov trpí občasnými depresivními stavy. Byl několikrát dobrovolně hospitalizován na oddělení pro léčbu závislostí, na detoxikační jednotce, několikrát se pokoušel o léčbu závislosti v různých terapeutických zařízeních. (dokumentace)

## **Nynější onemocnění**

Klient přichází z detoxikační jednotky po recidivě na heroinu, po předešlé domluvě s psycholožkou. Alkohol v dechu 0,00 ‰, vstřícný, spolupracuje, v pořádku. (dokumentace)

Dle klienta po odchodu z terapeutické komunity před rokem, abstinovat jeden rok. (dokumentace)

Objektivně je klient bez reálného náhledu na nynější situaci, klient orientován časem i místem. Kontakt s klientem je dobrý, jeho odpovědi jsou koherentní, poruchy vnímání a myšlení neguje, ladění klienta je mírně depresivní. Spánek je zhoršen. Odvykací příznaky od heroinu nejsou přítomny. Klient není agresivní. (dokumentace)

## **Diagnostika**

Klient přichází do terapeutické komunity za účelem léčby závislosti na opioidech, konkrétně na heroinu. Lékařkou byla stanovena hlavní diagnóza závislost na heroinu. Dále byly stanoveny ostatní diagnózy:

1. Závislost na nikotinu
2. Abusus alkoholu
3. Abusus marihuany
4. Stav po nefrectomii ve 13 letech
5. Stav po částečné resekci tlustého střeva s dočasnou kolostomií v 11 letech
6. Dna na terapii
7. Žaludeční eroze na terapii

(dokumentace)

### **2.5.2 Diagnostická a terapeutická péče**

Zde jsou shrnuta veškerá důležitá vyšetření, kterým se klient podrobil ještě při hospitalizaci na detoxikační jednotce i při pobytu v terapeutické komunitě. Dále pak klientovu aktuální terapii.

## Diagnostická péče

Ve dnech, v kterých jsem klienta ošetřovala, neprodělal žádná vyšetření. Klient do terapeutické komunity přichází s naměřenými hodnotami fyziologických funkcí, s výsledky laboratorně vyšetřovaných krevních testů a výsledky rozboru moči. Při pobytu v terapeutické komunitě prodělal ambulantní vyšetření. Podrobné výsledky uvádím dále.

## Fyziologické funkce

<i>Název</i>	<i>Při překladu</i>
<i>TT</i>	36,0 °C
<i>TK</i>	114/76
<i>P</i>	79´
<i>Vědomí</i>	Bez poruchy

<i>Váha</i>	69 kg
<i>Výška</i>	172 cm
<i>BMI</i>	24 – norma



## Laboratorní vyšetření

### Krevní vyšetření

#### Hematologie

<i>KO</i>	<i>Při překladu</i>	<i>Referenční rozmezí</i>
<i>Leukocyty</i>	7,86 *10 <sup>9</sup> /l	4,0 – 10,7 *10 <sup>9</sup> /l
<i>Erytrocyty</i>	5,07 *10 <sup>12</sup> /l	3,54 – 5,18*10 <sup>12</sup> /l
<i>Hemoglobin</i>	164 g/l	116,0 – 164,0 g/l
<i>Hematokrit</i>	0,478 % ↑	0,330 – 0,470 %
<i>Trombocyty</i>	260 *10 <sup>9</sup> /l	140 – 440 *10 <sup>9</sup> /l
<i>MCV</i>	84,3	82,3 – 100,6
<i>MCH</i>	32,3	28,1 – 35,6
<i>MCHC</i>	342	330 – 363
<i>RDW</i>	14,5	11,9 – 16,3
<i>PLT</i>	226	131 – 364
<i>MPV</i>	7,8	7,1 – 10,4
<i>PCT</i>	0,177	0,117 – 0,305
<i>PDW</i>	15,9	15,3 – 17,9

<i>Diferenciál- stroj. Relativní</i>	<i>Při překladu</i>	<i>Referenční rozmezí</i>
<i>Neutrofilly</i>	39,1 ↓	50,0 – 75,0
<i>Lymfocyty</i>	52,0 ↑	25,0 – 40,0
<i>Monocyty</i>	6,2	3,0 – 8,0
<i>Eosinofily</i>	2,1	1,0 – 3,0
<i>Basofily</i>	0,6	0,0 – 1,0

<i>Diferenciál- stroj. Absolutní</i>	<i>Při překladu</i>	<i>Referenční rozmezí</i>
<i>Neutrofilly</i>	3,1	1,8 – 7,0
<i>Lymfocyty</i>	4,1	1,0 – 4,8
<i>Monocyty</i>	0,5	0,1 – 0,8
<i>Eosinofily</i>	0,2	0,0 – 0,45
<i>Basofily</i>	0	0,0 – 0,2

Sedimentace (FW) 2/4 ↓

### *Biochemie*

	<i>Při překladu</i>	<i>Referenční hodnoty</i>
<i>Natrium</i>	147 mmol/l ↑	137 – 146 mmol/l
<i>Kalium</i>	4,2 mmol/l	3,8 – 5,0 mmol/l
<i>Chloridy</i>	105 mmol/l	97 – 108 mmol/l
<i>Urea</i>	5,5 umol/l	2 – 6,7 umol/l
<i>Celková bílkovina</i>	75,1 mmol/l	65,0 – 85,0 mmol/l
<i>Bilirubin</i>	5,9 umol/l ↑	2,0 – 4,0 umol/l
<i>AST</i>	0,33 ukat/l	0,10 – 0,72 ukat/l
<i>ALT</i>	0,31 ukat/l	0,10 – 0,78 ukat/l
<i>ALP</i>	1,08 ukat/l	0,66 – 2,20 ukat/l
<i>GMT</i>	0,47 ukat/l	0,14 – 0,68 ukat/l

### *Ostatní krevní vyšetření*

HbsAg = negativní

Anti HBc = negativní

Anti HAV IgG = negativní

Anti HAV IgM = negativní

Anti HCV = negativní

VDRL = negativní

Anti HIV= negativní

### Vyšetření moči

	<i>Při příjmu</i>	<i>Referenční hodnoty</i>
<i>Hustota moči</i>	1007 ↓	1014 - 1020
<i>pH</i>	6,0 ↑	4,5 – 5,5

<i>Moč chemicky</i>	
<i>Bílkovina</i>	negativní
<i>Glukóza</i>	negativní
<i>Ketolátky</i>	negativní
<i>Bilirubin</i>	negativní
<i>Urobilinogen</i>	negativní
<i>Krev</i>	negativní
<i>Leukocyty</i>	negativní
<i>Nitráty</i>	negativní
<i>Močový sediment</i>	
<i>Leukocyty</i>	3 a. j.1/uL

(dokumentace)

### Zhodnocení:

↓ = snížená hodnota

↑ = zvýšená hodnota

Ostatní: bez patologie

## Ostatní vyšetření

- Ambulantní urologické vyšetření pro nejasné bolesti v oblasti levého bedra.

Na základě provedených diagnostických metod byla stanovena diagnóza soliterní nephrolythiasis renis vlevo.

Lékař doporučil dostatek tekutin, klient se nesmí fyzicky přetěžovat, dále nepředržovat moč. Dále lékař doporučuje ambulantně dovyšetřit.

(dokumentace)

## Terapeutická péče

Klient užívá dlouhodobou medikaci, podrobně popsanou níže. Dále v tomto odstavci uvádím dietoterapii a ergoterapii, kterou klient v této komunitě dodržuje.

## Farmakoterapie

Léky podávané p. o.

<i>Firemní název léku</i>	<i>Léková forma</i>	<i>Dávkování</i>	<i>Indikační skupina</i>	<i>Generický název</i>
<i>Omeprazol 20 mg</i>	tbl.	1 – 0 – 1	Antiulcerotikum, inhibitor protonové pumpy	omeprazolium
<i>Ginko Biloba</i>	tbl.	1 – 0 – 0	Přírodní vasodilatancium	
<i>Milurit 100 mg</i>	tbl.	1 – 0 – 1	Antiuraticum.	Allopurinolum
<i>Ibuprofen 400 mg</i>	tbl.	Při bolesti hlavy	Nesteroidní analgetikum, antipyretikum	Ibuprofenum

<i>Firemní název léku</i>	<i>Hlavní nežádoucí účinky</i>
<i>Omeprazol 20 mg</i>	NÚ jsou velice vzácné. Např. bolest hlavy, průjem, zácpa, bolest břicha, nucení na zvracení, zvracení, plynatost, vyrážky, svědění, kopřivky, pocit pálení kůže, obtížné usínání, pocit ospalosti nebo točící se hlavy.
<i>Ginko Biloba</i>	Nejsou známy
<i>Milurit 100 mg</i>	zarudnutí, olupování kůže, kopřivka, průjmy, přechodné bolesti břicha, horečnatý stav, zduření uzlin, poruchy krvetvorby, zánět jater a ledvin, závratě a bolesti hlavy.
<i>Ibuprofen 400 mg</i>	krvácení ze zažívacího traktu, vřed nebo perforace

(dokumentace, Kociánová, Šterbáková 1999, Hynie 2006)

## **Dietoterapie**

V tomto terapeutickém zařízení je klientovi podávána strava bez zvláštního dietního omezení. Tedy racionální dieta. (dieta č. 3).  
(dokumentace)

## **Ergoterapie**

Klientova nynější funkce v terapeutické komunitě je vrátný a zahradník. Specifika uvedených funkcí jsou popsána výše v kapitole 2.3; Tyto funkce klient zastává zodpovědně. (dokumentace, rozhovor)

### **2.5.3 Ošetřovatelská anamnéza a současný stav pacienta**

Ošetřovatelská anamnéza byla od pacienta sbírána na podkladě teoretických modelů M. Gordon a V. Henderson, kterým je věnována kapitola č. 2.2

## **Objektivní náhled klienta na pobyt v terapeutickém zařízení**

Klient, podle svých slov, poprvé vyhledal odbornou pomoc lékaře v lednu roku 2000. Uvádí, že si uvědomil, že svou závislost nemůže zvládnout vyléčit sám. Od té doby prošel mnoha terapeutickými zařízeními. V žádném z nich však terapii nedokončil. Nyní je přijat do terapeutické komunity otevřeného typu k léčbě závislosti na heroinu a následnému začlenění se do společnosti do běžného života.

Na režim v terapeutické komunitě je již zvyklý, důsledně jej dodržuje a k pobytu zde přistupuje zodpovědně. Uvádí, že pobyt zde pro ně není velkou zátěží. Naopak se zde cítí bezpečně a nároky na něj kladené mu vyhovují. Očekává úplné vyléčení závislosti a zapojení se do společnosti. Klient doslovně uvádí: „chci venku začít nový život čistého člověka“. Předpokládá, že zde stráví minimálně rok, možná i déle, podle vývoje situace. V té době plánuje začít chodit do školy a při studiu brigádně pracovat. Jako důvod své závislosti uvádí, že zpočátku hrála roli zvědavost, později se přidal pocit vyřešení všech problémů a následně psychická i fyzická závislost.

Klient má dostatek informací týkajících se jak jeho zdravotního stavu a léčebného režimu, tak i režimu daného terapeutickou komunitou. Těmto informacím rozumí.

Alkohol je pro klienta přechodným médiem k recidivě zneužívání heroinu. Od zahájení léčby plně abstínuje. Abstinence se týká všech ilegálních návykových látek a alkoholu. Pije černou kávu a to přibližně 3 – 4 hrníčky denně dle okolností. Klient je kuřák. Vykouří zhruba 20 cigaret denně. Z této závislosti se prozatím léčit nechce. Žádnou alergii nemá diagnostikováno.

(Rozhovor, pozorování, zdravotnický personál, ostatní klienti)

## **Hodnocení sestrou**

Klient je zcela při vědomí, je orientován místem, časem i osobou. Komunikuje i spolupracuje bez problémů. Je zcela soběstačný. Dle Stupnice

hodnocení psychického zdraví má klient poruchu psychického zdraví (8 bodů) viz příloha. Při rozhovoru s klientem jsem pozorovala opravdový zájem a motivovanost k léčbě.

(Rozhovor, pozorování, měření)

## **Základní fyziologické potřeby**

### **Potřeba dýchání**

*Před zahájením terapie*

Klient je silný kuřák, denně vykouří přibližně 20 cigaret. Uvádí, že kouří asi od svých 13 let. V terapeutických zařízeních a při abstinenci je dle klienta počet vykouřených cigaret vyšší, v období užívání heroinu se počet snižuje. Dále uvádí, že počet vykouřených cigaret za den se mění s ohledem na jeho náladu, míru působícího stresu a také na finančních a časových možnostech. Ve společné domácnosti kouří ještě matka. Před pobytem v terapeutické komunitě klient neměl žádné problémy s dýcháním. Netrpěl dušností, ani výraznějším či častým kašlem nebo zahleněním. Nikdy neprodělal žádné plicní onemocnění. Neudává žádné respirační alergie ani astma. (Rozhovor, dokumentace)

*Současný stav – při pobytu v terapeutické komunitě*

Nyní klient žádné problémy s dýcháním neuvádí a neočekává potíže ani po ukončení terapie. Objektivně je bez dušnosti, kašle, bez exudace z nosu. Bez jiných známek zánětu dýchacích cest. Dýchání je pravidelné a klidné. Klidová frekvence dechu je 16 dechů za minutu. (Rozhovor, pozorování, měření)

### **Potřeba hydratace**

*Před zahájením terapie*

Klient uvádí, že v době užívání heroinu nepil i několik dní. Nikdy si pitný režim nehlídal. Neví, kolik tekutin denně vypil. Odhaduje, že průměrně vypil 1 až 1 a půl litru tekutin za den. Uvádí ale, že vždy

v počátcích léčby, při odvykacím stavu, pociťoval žízeň velice intenzivně a vypil až 6 litrů tekutin denně. Většinou pil obyčejnou vodu. Nemá rád slazené limonády. Černou kávu pil v množství maximálně do jednoho hrníčku o obsahu 200 ml denně. Alkohol pil vždy v počátcích recidivy užívání heroinu. Pití alkoholu bylo dle klienta vždy vzestupné. Od několika sklenic piva až po velké množství různých destilátů. (Rozhovor)

#### *Současný stav – při pobytu v terapeutické komunitě*

Zde klient pitný režim také nedodržuje. Udává, že pocit žízně nemá. Vypije přibližně 1 a půl litru tekutin denně. Pije obyčejnou vodu, čaj nebo šťávu, která je v terapeutické komunitě k dispozici. Nejeví známky dehydratace, kožní turgor je v normě, kůže, rty, jazyk a bukání sliznice jsou přiměřeně hydratovány, nejsou oschlé, orientace časem a prostorem není zhoršená. Obě dolní i horní končetiny jsou bez otoku. Bilance tekutin není sledována. (Rozhovor, zdravotnický personál, pozorování)

### **Potřeba výživy**

#### *Před zahájením terapie*

Klient, stejně jako v hydrataci uvádí, že v době užívání heroinu nejedl i několik dní. Nikdy nedodržel žádnou dietu. V jídle se nijak neomezoval. Významným nechutenstvím ani zvýšenou chutí k jídlu v delším časovém úseku netrpěl. Jídlo si vařil sám, nebo mu vařila matka. Jídla si nevybírá, jí vše. Udává, že vždy při užívání heroinu ztratí na váze až do 10 kilogramů a při abstinenci nabere také až okolo 10 kilogramů. (Rozhovor)

#### *Současný stav – při pobytu v terapeutické komunitě*

klient má chrup přiměřené kvality. Zuby má plombované amalgámem. Zubní protézu nepoužívá. Stav chrupu mu nečiní žádné obtíže při stravování. Rozbolavělá ústa nemá. Klientovi je podávána racionální výživa bez dietního omezení. Dojídání se u klienta nesleduje. Při stravování je klient plně soběstačný. Jeho váha je 69 kg a výška 172 cm, BMI = 24, což je norma. Klient se stravuje v jídelně s ostatními klienty terapeutické komunity.



Nauzeou, nechutenstvím ani zvýšenou chutí k jídlu netrpí. (Rozhovor, pozorování, měření)

## **Potřeba vyprazdňování moče a stolice**

*Před zahájením terapie*

Moč

Klient udává, že nikdy nezaznamenal žádné potíže s močením jako je pálení či řezání při močení, pocit častého močení či nucení na močení. (Rozhovor)

Stolice

Se stolicí klient problémy také neměl. Dle svých slov se vyprazdňoval pravidelně. Jednou za dva až tři dny. Zácpu ani průjem neudává, žádné jiné problémy se stolicí nemá. Projímadla neužívá. (rozhovor)

*Současný stav – při pobytu v terapeutické komunitě*

Moč

Klient nemá žádné potíže s močením. Neočekává potíže ani po dokončení terapie. Moč je dle klienta čirá bez příměsí, slámově žlutá. Diuréza se nesleduje. Léky ovlivňující močení klient neužívá. (Rozhovor, dokumentace)

## Stolice

Klient ani v terapeutické komunitě nemá potíže se stolicí. Vyprazdňuje se pravidelně. Většinou každý den ráno po snídani, kávě a cigaretě. Stolice je dle klienta normální barvy zápachu i konzistence. Meteorismem ani flatulencí netrpí. V oblasti vyprazdňování je klient zcela soběstačný. (rozhovor, pozorování)

## **Potřeba páнку a odpočinku**

### *Před zahájením terapie*

V období užívání heroinu i v období abstinence měl klient, dle svých slov, se spánkem potíže. Nemohl usnout, probouzel se během noci a brzy ráno. Byl prý schopen zůstat v bdělém stavu i několik dní a poté několik dní prospat. V období užívání neměl potřebu odpočívat. Přibližně měsíc po zahájení abstinence dle klienta trvá, než problémy se spánkem vymizí. K pocitu vyspání potřebuje přibližně 8 hodin nepřerušovaného spánku. Léky ovlivňující spánek užíval jen zřídka, když opravdu nemohl usnout, to si pak bral 1 tabletu hypnogeny. Přes den prý nespál. Udává, že pro klidný spánek potřebuje mít „čistou hlavu“, neřešit žádné problémy, nesmí večer pít černou kávu a vykouřit cigaretu okolo 21 hodiny. (rozhovor, dokumentace)

### *Současný stav – při pobytu v terapeutické komunitě*

Klient má stále ještě se spánkem problémy. Kvůli starostem a dřívějšímu způsobu života hůře usíná a budí se brzy ráno. Udává, že spí přibližně 5 hodin denně. K pocitu vyspání mu to prý stačí, ale bývá přes den unavený. Ve dne neusíná. Žádné léky ovlivňující spánek zde neužívá. (rozhovor, pozorování, dokumentace)

## **Potřeba tepla a pohodlí, potřeba být bez bolesti**

### *Před zahájením terapie*

Bolest prý klient před zahájením terapie nepociťoval. Má raději teplejší prostředí. U matky a babičky mu nevyhovuje teplota v domě. Také z tohoto důvodu raději přebývá v zahraničí. (rozhovor)

### *Současný stav – při pobytu v terapeutické komunitě*

Klient má sám k dispozici dvoulůžkový pokoj, kde má dostatečné soukromí. Uložení i lůžko klientovi vyhovuje. Sociální zařízení je společné s ostatními pokoji. Teplota v domě mu vyhovuje. Teplotu v pokoji si může sám regulovat. Cítí se zde pohodlně. Bolest prý klient pocíťoval přibližně před třemi týdny v levé bederní krajině. Pro tuto bolest byl ambulantně vyšetřen (viz výše). Nyní je bez bolesti. (rozhovor, pozorování, měření)

## **Potřeba osobní hygieny, stav kůže**

### *Před zahájením terapie*

Před zahájením terapie, tedy při užívání heroinu, klient o svůj zevnějšek příliš nedbal. Neměl potřebu se koupat i několik dní. Holil se sporadicky. Péči o zevnějšek nepovažoval za důležitou. V době abstinence o sebe pečoval, prý proto, že byl v kontaktu s lidmi. Jako svou potřebu to nepociťoval. Byl v hygieně plně soběstačný. (Rozhovor)

### *Současný stav – při pobytu v terapeutické komunitě*

Klient se sprchuje každý večer a holí se každý den ráno. Uvádí, že jsou to pro něj rituály k udržení struktury dne, které potřebuje k životu v abstinenci. Dvakrát denně také pečuje o svůj chrup. V hygienické péči je zcela soběstačný. Vlasy a nehty jsou upravené. Vlasy si nechává stříhat od klientky, která je také v této terapeutické komunitě. Stav kůže je dobrý. Kůže celého těla je bez dekubitů, opruzenin, hematomů a vyrážky. Jizvy po resekci střeva a po nefrectomii jsou znatelné. Svědění nepociťuje. (rozhovor, pozorování, měření)

## **Sexuální potřeby**

### *Před zahájením terapie*

V období užívání heroinu klient netoužil po uspokojování svých sexuálních potřeb. Ani dle klienta nedocházelo k erekci. Při abstinenci se mu prý libido postupně zvyšuje. Měl stálou přítelkyni 4 roky, ale opustil jí kvůli závislosti. Od té doby žil bez partnerky. Po dokončení terapie očekává problémy v sexuálním životě. Doslovně uvádí „jsem panic za střízliva“. V sexu bez drogy nebo alkoholu si nevěří. (rozhovor)

### *Současný stav – při pobytu v terapeutické komunitě*

Při nynější dlouhodobější abstinenci se začal obávat neplodnosti. Nemá ale tuto obavu podloženu lékařským vyšetřením. Uvádí, že pro něj není problém dítě adoptovat. Nejraději by si prý našel ženu již s dítětem. Libido se mu postupně zvyšuje. Uvažuje o vztahu mimo komunitu. Tento vztah mu ale není terapeuty doporučován. Vnímá to jako veliký problém. (rozhovor)

## **Potřeba tělesné a duševní aktivity**

### *Před zahájením terapie*

Klient před zahájením terapie pracoval jako distributor tisku, pouze ale dvě hodiny denně. Nyní je nezaměstnaný. Na úřadu práce veden není. Hodně času trávil cestováním. Po České republice i do zahraničí. V zahraničí přechodně bydlel. Nikdy neměl žádné zájmy ani koníčky. Údržbu domácnosti obstarávala většinou matka. Sám údržbu domácnosti příliš nezvládal. (rozhovor)

### *Současný stav – při pobytu v terapeutické komunitě*

Klient má v terapeutické komunitě dán přesný denní režim. Momentálně zastává funkci vrátného a funkci zahradníka. Pobyť zde bere velice vážně a ke všem svým povinnostem se staví velice zodpovědně, i když mu třeba některá aktivita nebo funkce plně nevyhovuje. Ví, že mu v reálném životě také nebude všechno vyhovovat. Televizi příliš nesleduje. Pouze občasně televizní noviny. (rozhovor, dokumentace)

## **Psychosociální potřeby**

### **Potřeby existencionální**

Klient si plně uvědomuje svou závislost. Dokáže ji přiznat nejen sám sobě, ale i lidem ve svém okolí. To on sám, jak udává, považuje za veliký úspěch a krok v terapii. Je poučen a sám se informuje o možnostech následné péče jako je doléčovací a ambulantní zařízení, chráněné bydlení a podobně. Jeho emocionalita se mi jeví spíše stabilní, ovládá se dobře, je dobře přizpůsobivý. Veškeré informace přijímá bez zkreslení. Je dobře orientován místem, časem i osobou. (rozhovor, pozorování, zdravotnický personál, ostatní klienti)

### **Potřeba zdraví**

#### *Před zahájením terapie*

Klient udává, že v období užívání heroinu ani v nejmenším na zdraví ani na životě nelpí. Dokonce míval suicidální sklony. Sebevraždu považoval jako nejlepší řešení dané situace, ale nikdy neměl odvahu jí spáchat. (rozhovor)

#### *Současný stav – při pobytu v terapeutické komunitě*

Nyní je pro klienta zdraví a život prioritou. Doslova uvádí, že život miluje a užívání drog považuje dle vlastních slov za „srabáctví“. Udává, že poprvé cítí, že se opravdu chce léčit a léčbu dokončit. A to vše jen kvůli sobě.

Má strach ze suspektního onemocnění levé ledviny. Chce být zdravý. Je šťastný, že se za dobu kdy užíval drogy, nenakazil žádnou infekční chorobou. (rozhovor)

## **Potřeba být soběstačný**

### *Před zahájením terapie*

Klient se vždy cítil ve všech oblastech soběstačný. Uvádí, že si dokáže sám uvařit základní jídla. O domácnost se většinou starala matka. Dále udává, že se dokázal legální cestou finančně zabezpečit vždy, když potřeboval. (rozhovor)

### *Současný stav – při pobytu v terapeutické komunitě*

Klient je plně soběstačný ve všech oblastech sebepečce. Dle testu Barthelové má 100 bodů. Pečuje o sebe z vlastní iniciativy, není třeba ho na to upozorňovat. Klient slyší dobře, má vadu zraku. Nosí bifokální brýle, které má s sebou v terapeutické komunitě. (rozhovor, pozorování, měření)

## **Potřeba bydlení, domova**

### *Před zahájením terapie*

Klient udává, že se nikde necítil být doma. Trvalým bydlištěm je hlášen u své matky a babičky, kde přebýval zřídka. Často se stěhoval. Většinu bytů si pronajímal Praze a okolí. Často bydlel v zahraničí. Byl zvyklý bydlet sám. (rozhovor)

### *Současný stav – při pobytu v terapeutické komunitě*

Zde se klient dle svých slov cítí být doma. Tento pocit je mu velice příjemný. Udává, že z tohoto důvodu pro něj nebude tolik těžké terapii dokončit, ale naopak bude těžší terapeutickou komunitu opustit. Doufá, že bude schopen si tento pocit jednou přenést do vlastního bydlení. Do budoucnosti plánuje najít si byt v Praze a usadit se tam. (rozhovor)

## **Potřeby afilační – vztahové**

### **Potřeba bezpečí a jistoty**

*Před zahájením terapie*

V období užívání heroinu prý klient nacházel bezpečí i jistotu pouze v droze. Uvádí, že ji krátkou dobu měl v otci své matky a také ve své bývalé přítelkyni. To ale pouze v době abstinence. V matce prý pocit bezpečí ani jistoty nenašel, a to dokonce ani v dětství. (rozhovor)

*Současný stav – při pobytu v terapeutické komunitě*

Nyní nachází bezpečí, jistotu důvěru v tomto zařízení. V terapeutech, ve svém garantovi a v lékařích. Uvádí, že najít důvěru a vybudovat si bezpečí a jistotu je základem úspěšné terapie. A dodává, že nejtěžší je pro něj najít důvěru v sebe sama. Jistotu chce najít ve studiu a později v povolání a také v partnerce. (rozhovor)

### **Potřeba lásky a sounáležitosti**

*Před zahájením terapie*

Klient uvádí, že byl zamilovaný pouze jednou. Byl to pro něj dlouhý vztah, trval 4 roky. Dle jeho slov nebyl schopen tehdy milovat na plno. Prioritou pro něj byla droga. Proto také vztah skončil. Přibližně dva roky již žije bez partnerky. V životě mu chyběla mateřská i otcovská láska. S láskou mluví o svém dřívějším povolání průvodce, při které pracoval s lidmi, což ho naplňovalo. (rozhovor)

*Současný stav – při pobytu v terapeutické komunitě*

Začíná cítit potřebu lásky i sounáležitosti. Snaží se najít si partnerku. Chtěl by se vrátit ke své bývalé přítelkyni, ale sám to hodnotí jako utopii. Do budoucnosti plánuje rodinu, ale bojí se, že je neplodný a že nebude moci dítě adoptovat kvůli své minulosti. Nyní by chtěl začít vztah s o hodně mladší

dívkou, ale má z toho strach a ani komunita mu to nedoporučuje. (rozhovor, zdravotnický personál, ostatní klienti)

## **Potřeba sebeúcta, sebepojetí**

### *Před zahájením terapie*

Klient uvádí, že měl vždy tendence utvářet si, podle něj „falešnou sebeúctu“. Ta byla založena na chvále a ocenění jiných a byla velice prchavá. Nikdy si příliš nevěřil, ale v době užívání drog prý toto ani neřešil. (rozhovor)

### *Současný stav – při pobytu v terapeutické komunitě*

Pro klienta je nyní sebedůvěra, sebeúcta a sebevědomí velice důležité. S pomocí lékařky a terapeutů si snaží budovat zdravé sebevědomí na reálném podkladě. Uvádí, že je velice těžké rozpoznat hranici mezi přiměřeným a přehnaným sebevědomím. Klient ví, že je inteligentní, podkládá to mimo jiné tím, že plyně mluví čtyřmi jazyky. Má však komplex méněcennosti z nedokončeného vzdělání. I proto chce vzdělání dokončit. Dále klient uvádí, že si nevěří v sexuálním životě. Neví, jak zvládne sex ve střízlivém stavu. (rozhovor)

## **Potřeba komunikace**

### *Před zahájením terapie*

V době abstinence neměl klient s komunikací žádné obtíže. Rád pracoval s lidmi a rád s nimi komunikoval. V době užívání heroinu si žádné komunikační bariéry z jeho strany neuvědomuje, ale nevyklučuje je. (rozhovor)

### *Současný stav – při pobytu v terapeutické komunitě*

klient mluví srozumitelně. S ostatními klienty komunikuje bez jakýchkoli zábran a problémů. Nemá problémy ani při komunikaci s personálem. Neverbální komunikaci příliš neužívá, nebo pro mě není čitelná. (pozorování)



## **Potřeba seberealizace**

### *Před zahájením terapie*

V době abstinence klient pracoval jako průvodce pro cestovní kancelář. Tato práce ho naplňovala. V době užívání drog nijak netoužil po uspokojování této potřeby. (rozhovor)

### *Současný stav – při pobytu v terapeutické komunitě*

Klient si je vědom důležitosti každé funkce, kterou v terapeutické komunitě zastává. I to mu přináší uspokojení potřeby seberealizace. Doufá, že po dokončení terapie bude moci pokračovat v zaměstnání průvodce. Také by chtěl vystudovat střední školu v oboru cestovního ruchu. (rozhovor)

## **Duchovní potřeby**

### *Před zahájením terapie*

Klient vždy věřil v Boha, ale v období užívání drog se svou vírou nijak nezabýval. (rozhovor)

### *Současný stav – při pobytu v terapeutické komunitě*

I nyní klient věří v Boha, ale striktně se nepřiklání k žádné církvi nebo organizaci. Z každého náboženství si vybírá to, co mu přijde smysluplné. Věří, že Bůh je jen jeden, a že se liší pouze cesta, kterou se k němu rozhodneme jít. Také věří v to, že vše má svůj čas, svůj důvod a svůj řád, a že se nic neděje náhodně a bez příčiny. (rozhovor)

### **2.3.4. Ošetřovatelské diagnózy**

Všechny ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny první den a hodnoceny třetí den ošetřování klienta. Bylo postupováno podle pěti fází ošetřovatelského modelu, kterému je věnována kapitola č. 2.2

1. Úzkost neznámého původu projevující se verbalizací pocitu bezradnosti, úzkostným laděním, úzkostným výrazem v obličeji a sníženou schopností koncentrace na jiné podněty.
2. Snížená sebeúcta v důsledku uvědomění si dosavadního stylu života, projevující se negativní zpětnou vazbou ve vztahu ke své osobě a závislostí na mínění druhých.
3. Strach z návratu kolikovitě bolesti v levé bederní krajině a strach o své zdraví, projevující se verbalizací pocitu strachu.
4. Porucha spánku v důsledku změn vyvolaných dlouhodobým užíváním heroinu, projevující se ztíženým usínáním a probouzením se v brzkých ranních hodinách.
5. Pocit osamělosti v důsledku citové deprivace a sociální izolace, projevující se verbalizací pocitu osamělosti.

(rozhovor, pozorování, zdravotnický personál, Dongers, Moorhouse 2001, Červinková 2004, Trachtová 2005)

### **2.3.5 Cíle, plány, realizace a hodnocení**

- 1. Úzkost neznámého původu projevující se verbalizací pocitu bezradnosti, úzkostným laděním, úzkostným výrazem v obličeji a sníženou schopností koncentrace na jiné podněty.**

### Cíl ošetrovatelské péče a pacientova úsilí

Je dosaženo snížení úzkosti na zvladatelnou míru.

Je definována příčina úzkosti.

Klient si uvědomuje a je schopen slovy popsat pocity úzkosti.

### Ošetrovatelské intervence:

Navazte s klientem důvěryhodný vztah.

Uznejte jeho úzkost.

Udělejte si přehled o rodinných i zdravotních faktorech.

Veďte klienta k rozpoznání jeho pocitů úzkosti a k řešení problémů.

Mluvte s klientem o možných příčinách jeho úzkosti.

Sledujte jeho fyzickou odpověď.

Mluvte klidně, nespěchejte, naslouchejte.

Povzbuzujte klienta a umožněte mu plakat, pokud bude chtít.

Sledujte projevy úzkosti a strachu jako je úzkostný výraz v obličeji, úzkostné ladění, uzavírání se sám do sebe, nehovornost, nebo mluvení o úzkosti.

### Realizace ošetrovatelské péče

S klientem se mi podařilo navázat důvěryhodný vztah. Na klienta jsem měla dostatek času a i klient si na sezení se mnou vymezil čas ze svého denního plánu a tak jsme nemuseli spěchat. Udělala jsem si přehled o jeho rodinné a zdravotní situaci, mluvila jsem s klientem o jeho problémech a sledovala jeho fyzické, verbální i neverbální odpovědi. Zjistila jsem, že klient řeší problém, zda vstoupit do vztahu s mladší dívkou a také

že se obává recidivy užívání heroinu po dokončení terapie. Doporučila jsem klientovi, aby oba tyto problémy nenechával neřešené a mluvil o nich na komunitních sezeních i se svou ošetřující lékařkou nebo se svým garantem.

### Hodnocení

Cíl byl splněn.

Klient konstatoval snížení úzkosti na, pro něj, zvladatelnou míru.

Byla definována příčina úzkosti, kterou je uvědomění si možnosti z recidivy užívání heroinu po dokončení terapie a problém ve vztahu k mladší dívce. Klient mluvil o svých problémech nejprve se svým garantem a chce tyto problémy řešit spolu s komunitou.

## **2. Snížená sebeúcta v důsledku uvědomění si dosavadního stylu života, projevující se negativní zpětnou vazbou ve vztahu ke své osobě a závislostí na mínění druhých.**

### Cíl ošetřovatelské péče a pacientova úsilí

#### *krátkodobý*

Klient chápe důvody negativního sebehodnocení.

Účastní se terapeutického programu, jehož cílem je změnit sebehodnocení.

Klient si vytváří sebeúctu založenou na reálných faktech, ne na hodnocení druhých.

#### *dlouhodobý*

Klient má lepší sebehodnocení a sebeúctu založenou na reálných podkladech.

## Ošetřovatelské intervence

Navažte s klientem důvěryhodný vztah.

Zjistěte od klienta příčiny vzniku změn v sebepojetí, sebeúctě.

Určete individuální situaci, která se vztahuje k nízkému sebehodnocení.

Doporučte klientovi konzultaci problému s terapeutem garantem nebo ošetřující lékařkou.

Posuďte podporu rodiny nebo blízkých projevovanou klientovi.

Seznamte se s tím, jak klient dodržoval terapii a jaké měl problémy v minulosti.

Všímejte si neverbálních projevů klienta, a zda nejsou v rozporu s verbálními projevy.

Ved'te klienta k cílům umožňujících dosažení potřebných změn životního stylu, aby si lépe uvědomil, že jde o nepřetržitý proces.

Poskytněte informace, které klient potřebuje k uskutečnění žádoucích změn.

Dejte klientovi najevo, že věříte, že je schopen zvládnout současnou situaci.

Poskytujte klientovi zpětnou vazbu.

## Realizace ošetřovatelské péče

Zjišťovala jsem příčiny a individuální situaci vztahující se k nízkému sebevědomí. Zjistila jsem, že důvodem nízkého sebehodnocení je uvědomění si nepřijatelnosti dřívějšího způsobu života a také to, že si klient staví vlastní sebepojetí na základě názoru, vyjádřené pochvaly a kritiky druhých. Pokud klient není chválen, jeho sebevědomí rychle klesá. Doporučila jsem klientovi konzultaci jeho problému s ošetřující lékařkou, terapeutem nebo garantem. Klient svůj problém konzultoval s lékařkou a se svým garantem, je rozhodnut stavět své sebevědomí a sebehodnocení

na reálném podkladě, snaží se smířit se svou minulostí a orientovat se hlavně na budoucnost. Již si dokáže svou minulost plně přiznat, nepopírá ji. Posuzovala jsem podporu rodiny a zjistila jsem, že klient na rodinu není příliš fixovaný a o pomoc rodiny nestojí. Seznámila jsem se s minulostí klienta a s jeho předchozími pokusy o terapii. Klient nikdy žádnou se započatých terapií nedokončil, což také považuje za jednu z příčin svého sníženého sebehodnocení. Klientovi jsem poskytovala zpětnou vazbu. Klient uvedl, že si o sobě myslí, že je inteligentní, protože umí 4 světové jazyky a s pozitivním výsledkem se učí další, což považuji, za počátek sebehodnocení založeného na faktech. Jako žádoucí změny jsme s klientem hodnotili dokončení vzdělání a dokončení této terapie.

### Hodnocení

Krátkodobý cíl se podařilo splnit.

Klient pochopil a slovně vyjádřil všechny důvody negativního sebehodnocení, kterými byly: 1. Uvědomění si nepřijatelnosti dřívějšího způsobu života 2. Klient si staví vlastní sebepojetí na základě názoru, pochvaly a kritiky druhých.

Účastní se terapeutického programu ve formě individuálních konzultací, jehož cílem je změnit sebehodnocení.

Klient udává, že si začíná vytvářet sebeúctu založenou na reálných faktech, ne na hodnocení druhých. Udává doslovně: „jsem dobrý, že jsem tady a léčím se“, „jsem dobrý, protože umím 4 světové jazyky.

Na hodnocení dlouhodobého cíle je příliš brzy.

### **3. Strach z návratu kolikovitě bolesti v levé bederní krajině a strach o své zdraví projevující se verbalizací pocitu strachu.**

#### Cíle ošetřovatelské péče a pacientova úsilí

Klient si uvědomuje příčiny strachu, dokáže o strachu hovořit.

Klient řeší příčiny svého strachu.

Strach je zmírněn, nebo úplně odstraněn.

### Ošetřovatelské intervence

Navažte s klientem důvěryhodný vztah.

Zjistěte příčiny vyvolávající strach.

Sledujte klientovi verbální i neverbální projevy strachu a posuďte, zda se shodují a zda nedochází k mylnému pohledu na situaci.

Zjistěte, zda klient strach nepopírá nebo nepotlačuje.

Pobízejte klienta, aby slovně vyjadřoval své pocity týkající se strachu.

Vysvětlete klientovi, že i strach může být někdy prospěšný a má v životě svůj význam.

Dejte najevo, že klient je tím, kdo je odpovědný na řešení příčiny strachu.

### Realizace ošetřovatelské péče

Zjišťovala jsem příčiny vyvolávající klientův strach. Hlavní příčinou strachu jsou prodělané kolikovitě bolesti zhruba před třemi týdny. Klient má konkrétní strach, že se bolesti budou opakovat. Má tedy strach o své zdraví, je si vědom toho, že má pouze jednu ledvinu a musí tedy o ni pečovat. Verbální i neverbální projevy klienta jsou v souladu. Klient strach nepopírá ani nepotlačuje. Klientovi jsem vysvětlila, že i strach může být někdy prospěšný a má v životě svůj význam. To klient přijal s úsměvem a uvedl, že se bude o své zdraví starat. Dala jsem mu také najevo, že je tím, kdo je odpovědný na řešení příčiny strachu. Klient chce situaci řešit. Plánuje další vyšetření u lékaře.

### Hodnocení:

Cíl byl splněn.

Klient si uvědomil příčiny strachu, dokáže o strachu hovořit.

Strach je zmírněn.

Klient řeší příčinu svého strachu tím, že je rozhodnut jít k lékaři a nechat se ambulantně dovyšetřit lékařem.

#### **4. Porucha spánku v důsledku změn vyvolaných dlouhodobým užíváním heroinu, projevující se ztíženým usínáním a probouzením se v brzkých ranních hodinách.**

### Cíle ošetrovatelské péče a pacientova úsilí

Klient chápe příčiny, které způsobují poruchy spánku.

Klient konstatuje zlepšení spánku.

Klient konstatuje zlepšení pocitu celkové odpočatosti.

### Ošetrovatelské intervence

Zjistěte příčinu poruchy spánku, při tomto posudte souvislost spánkové poruchy se základním onemocněním

Zjistěte, kdy klient obvykle chodí spát, jaké má rituály nebo návyky v souvislosti se spánkem, kolik hodin průměrně klient spí, kdy vstává a jaké má nároky na místo pro spaní.

Umožněte klientovi tyto rituály provádět.

Zjistěte subjektivní stížnosti na kvalitu spánku.



Doporučte omezení příjmu velkého množství tekutin, čokolády a černé kávy v době před spaním.

Dejte klientovi základní instrukce jak postupovat při poruše spánku. To je: zvolte pravidelnou dobu chození spát a vstávání, po u lehnutí na lůžko relaxujte, tj. přemýšlejte o nestresujících věcech, nepospávejte během dne, nespěte déle, než 7 hodin denně, každý den vstávejte ve stejnou dobu, a to i o víkendu a ve volných dnech.

Udržujte klidné a tiché prostředí.

### Realizace ošetrovatelské péče

Zjistila jsem příčinu poruchy spánku. Spánková porucha je v souvislosti se základním onemocněním. Kvůli starostem a dřívějšímu způsobu života hůře usíná a budí se brzy ráno. Udává, že spí přibližně 5 hodin denně. To mu k pocitu vyspání stačí, ale bývá přes den unavený. Ve dne neusíná. Klient má prý vždy delší dobu po začátku abstinence poruchy spánku. Zjišťovala jsem, jaké má klient rituály týkající se spánku. Klient udává, že pro klidný spánek potřebuje mít „čistou hlavu“, neřešit žádné problémy, nesmí večer pít černou kávu a vykouřit cigaretu okolo 21 hodiny. K pocitu vyspání potřebuje přibližně 8 hodin nepřerušovaného spánku. Doporučila jsem klientovi nepít mnoho tekutin před spaním jíst čokoládu. Dala jsem klientovi základní instrukce jak postupovat při poruše spánku. V terapeutické komunitě je dle personálu v noci klid. I přesto klient stále trpí poruchou spánku.

### Hodnocení

Cíl se nepodařilo splnit.

Klient sice chápe příčiny, které způsobují poruchy spánku, ale zlepšení spánku ani zlepšení pocitu celkové odpočatosti nekonstatuje.

Doporučila jsem znovu stanovit ošetřovatelské intervence a pokračovat v řešení této ošetřovatelské diagnózy.

### **5. Pocit osamělosti v důsledku citové deprivace a sociální izolace, projevující se verbalizací pocitu osamělosti.**

#### Cíle ošetřovatelské péče a pacientova úsilí

Klient se zapojuje do společenských aktivit.

Klient pěstuje interakce a vztahy, které považuje za smysluplné.

Klient necítí osamělost

#### Ošetřovatelské intervence

Navažte s klientem důvěryhodný vztah

Snažte se zjistit příčiny osamělosti podrobnou ošetřovatelskou anamnézou

Sledujte délku trvání daného problému

Všímejte si výskytu úzkostí, zvýšeného nervového napětí nebo známek tělesného neklidu.

Hovořte o realitě ve srovnání s tím, jak klient vnímá situaci.

Diskutujte s klientem o významu jeho nynějších citových vazeb.

Pomozte klientovi vytvořit plán, jak postupně vytvořit, pro něj prospěšné, citové vazby.

Doporučte klientovi konzultaci problému s terapeutem, lékařkou nebo se svým garantem.

## Realizace ošetrovatelské péče

Sbírala jsem podrobnou ošetrovatelskou anamnézu. Zjistila jsem, že klient touží po partnerském vztahu a také mu chybí rodičovská láska. V tomto smyslu se cítí osamělý. Tento pocit trvá přibližně měsíc. Od té doby, kdy začal přemýšlet o minulosti a o budoucnosti. Úzkosti s tímto spojené pacient neudává. Zvýšené nervové napětí ani známky tělesného neklidu jsem u klienta nezaznamenala. Hovořili jsme o tom, jak klient situaci vnímá a o významu jeho nynějších vztahů. Uvádí, že jeho pocit není nijak intenzivní. A rozhodl se, že se pokusí vylepšit vztah s matkou. Pro tento účel jsem klientovi pomohla s vytvořením krátkodobého plánu, jak tuto citovou vazbu prohloubit a vylepšit. Plán spočívá v setkání s matkou při první možné vycházce a rozhovor o tom, jak celou situaci obě strany vnímají. Klient svůj problém řeší v komunitě i se svým garantem, s kterým sestavují dlouhodobý plán jak vylepšit a prohloubit vztahy s rodinou. V plánu je i rodinná terapie v rámci komunity.

## Hodnocení

Cíle bylo dosaženo částečně.

Klient se zapojuje do všech společenských aktivit, jako jsou komunitou dané společné komunity, nonverbální hry, společné sportovní aktivity apod., ale i při svých volnočasových aktivitách je s ostatními klienty komunity.

Klient uvádí, že pěstuje interakce a vztahy, které považuje za smysluplné (tj. vztah s matkou)

Klient ale stále cítí osamělost.

Doporučila jsem znovu stanovit ošetrovatelské intervence a pokračovat v řešení této ošetrovatelské diagnózy.

## 2.5.4 Závěr a ošetřovatelská prognóza

### Závěr

Klient je 72. den v terapeutické komunitě, kam byl přijat po předchozí domluvě z detoxikační jednotky. Klient se aktivně zapojuje se do všech aktivit daných terapeutickou komunitou. Ty jsou popsány v odstavci 2.3. S režimem terapeutické komunity je obeznámen, chápe ho a dodržuje. Nečiní mu to žádné potíže, dokonce mu vyhovuje a těší ho mít pevný řád a režim dne. Považuje ho za základ úspěchu terapie.

Klient je zcela při vědomí, orientován místem, časem i osobou. Klient nyní nepociťuje žádnou bolest. Stále má obavu z návratu kolikovitě bolesti v levé bederní krajině a s tím související obavu o své zdraví. Klientův spánek se ve dnech mého ošetřování nezlepšil. Byla ale zvládnuta klientova úzkost a pojmenovány její příčiny. Klient se také rozhodl intenzivně pracovat na zlepšování své sebeúcty a svého sebevědomí. Bohužel se nepodařilo dosáhnout zmírnění jeho pocitu osamělosti. Bude ale také pracovat na zlepšování a prohlubování svého vztahu s matkou.

Klient má mnoho plánů do budoucnosti. Ještě v průběhu terapie, od září 2010, chce začít studovat střední školu se zaměřením na turistický ruch. Při studiu chce brigádně pracovat. Po dokončení terapie plánuje začít žít v pronajatém bytě a pracovat nejlépe jako průvodce, překladatel nebo tlumočnick. Chce si najít stálou partnerku a mít rodinu.

Klient předpokládá, že terapii dokončí přibližně za rok, možná i déle. Po dokončení terapie v této komunitě plánuje ještě pobyt v doléčovacím zařízení a až po té začít se začleňováním do běžného života.

### Ošetřovatelská prognóza

Z dostupných informací, které jsem získala při rozhovoru s klientem, se zdravotníky, s ostatními klienty této terapeutické komunity a z klientovy dokumentace usuzuji, že má velkou naději na úspěšné dokončení terapie a zvládnutí běžného života bez návykových látek. Také předpokládám,

že v průběhu několika týdnů až měsíců se klientovi zlepší spánek na tolik, že bude spát bez jakýchkoli obtíží. Stejně tak je veliká naděje, že se klientovi upraví sexuální funkce do normálu.

Klient má snahu se léčit. Svou závislost si plně uvědomuje, dokáže ji přiznat sám sobě i svému okolí. Nijak ji nepopírá. To vše hodnotím velice pozitivně. Samozřejmě je složité v této fázi odhadovat vývoj situace. Z vlastní zkušenosti se závislými lidmi vím, že se příznivě vyvíjející situace může velice rychle změnit a může dojít k recidivě zneužívání návykových látek. Klient již recidivu prodělal několikrát a tohoto rizika si je také plně vědom.

### **2.5.5 Sebereflexe**

S klientem jsem navázala důvěryhodný vztah velice brzy a poměrně snadno. Byl od počátku velice komunikativní a velice stál o spolupráci na mé bakalářské práci. Klient se mi svěřil s problémy, tenzemi a strachy, které ho trápili. Pomohla jsem mu některé tyto neurčité tenze a obavy pojmenovat a zjistit příčinu. Snažila jsem se mu pomoci s řešením jeho problémů, za krátkou dobu mého ošetřování se mi však nepodařilo tato řešení dokončit.

Práce s klientem v terapeutické komunitě pro mne byla velice přínosná. Měla jsem možnost účastnit se všech probíhajících skupinových komunitních sezení, zapojit se do debat i do všech aktivit. S terapeuty i ostatními zdravotnickými pracovníky tohoto zařízení se mi také spolupracovalo velice dobře. Všichni byli velice vstřícní a ochotní ke spolupráci se mnou.

Z ošetřovatelské kazuistiky je patrné, jak relativně snadné je dostat se do problémů spojených s užíváním návykových látek a jak dlouhá a těžká je cesta k takzvanému běžnému životu, který většina klientů nikdy ani nepoznala. Vyplývá z ní, jak důležité pro zařazení se do režimu zdravých lidí je uznání a dodržování režimu každého dne a jak složité je pro tyto lidi utvářet si vlastní program. Naopak pro okolí je velice užitečné a důležité uvědomit si, že se ve většině případů jedná o lidi s vysokou citlivostí

i intelektem. Sledovaný klient je typickým zástupcem této skupiny lidí a to člověka s nedostatečným rodinným zázemím a z něj vyplývajícími problémy se začleňováním se do kolektivu a do běžné společnosti.

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 – Vstupní ošetřovatelský záznam

Příloha č. 2 – Stupnice hodnocení psychického zdraví

## **Přehled použitých zkratek**

**apod.** – a podobně

**atd** – a tak dále

**atp.** – a tak podobně

**BMI** – body mass index

**cm** - centimetr

**dl** - decilitr

**kg**- kilogram

**l**- litr

**mg** – miligram

**mmol** – milimol

**P** – pulz

**p.o.** – per os (ústy)

**tbl.** – tablety

**TK** – tlak krevní

**TT** – tělesná teplota

**tzv.** – takzvaný / takzvaně

**ozn.** – to znamená



**např.** – například

**tj.** – to je

**MŠMT** – ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

**Sb.** – sbírky (v kontextu legislativních dokumentů)

**odst.** – odstavec

**č.** – číslo

**NMS** – Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

**str.** - strana

## Zdroje informací

### Použitá literatura

BYDŽOVSKÝ, J. *První pomoc*. Praha : Grada, 2001. 40 s. ISBN 80-247-0680-6.

BYDŽOVSKÝ, Jan . *Akutní stavy v kontextu*. Praha : Triton, 2008. 457 s. ISBN 80-725-4815-8.

ČERVINKOVÁ, E. , et al. *Ošetrovatelské diagnózy*. Brno : Mikadapress s.r.o., 2004. 165 s. ISBN 80-7013-358-9.

DOENGES, M. E. at al.: *kapesní průvodce zdravotní sestry*, Praha: Grada publishing, 2001 ISBN 80-247-0242-8

DOSTÁLEK, M. *Stručná farmakodynamika a farmakokinetika*. Praha : Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1385.

FARKAŠOVÁ, D., et al. *Ošetrovatelství : teorie*. Marlin, SR : Osveta, 2006. 208 s. ISBN 80-8063-227-8.

HYNIE, S.: *Farmakologie v kostce*, Praha: Triton, 2006 ISBN 80-7254-181-1

KALINA, K., et al. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. ČR : Filia nova, 2001. 118 s. ISBN 978-80-238-8014-4.

KALINA, K., et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha : Grada, 2008. 388 s. ISBN 978-80-247-1411-0.

KALINA, K.. *Terapeutická komunita : obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha : Grada, 2008. 394 s. ISBN 978-80-247-2449-2.

KOCIÁNOVÁ, S., ŠTERBÁKOVÁ, Z., ERBANOVA, Š.:*přehled nejužívanějších léčiv* Praha: Informatorium, 2007 ISBN 978-80-7333-059-0

KONEČNÝ, Martin. *Motivační interview při práci s uživateli nealkoholových drog v nízkoprahovém zařízení*. Praha, 2004. 122 s., 2 přílohy. Diplomová

práce. Univerzita Karlova v Praze, Filosofická fakulta, katedra psychologie.  
Vedoucí dipl. práce: MUDr. Gabriela Šivicová.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost : současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha : Portál, 2007. 176 s. ISBN 978-80-7367-267-6.

NEŠPOR, K., et al. *Příručka pro spolupracovníky programu Fit in na základních a středních školách* . Praha : Sportpropag a.s., 1996. 124 s.

NEŠPOR, K.; MULLEROVÁ, M. *Jak přestat brát drogy*. Praha : Sportpropag a.s., 1997. 134 s.

NEŠPOR, K.; SCÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha : Besip, 1997. 128 s.

NEŠPOR, K.; SCÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí : příručka pro praxi*. Praha : Psychiatrické centrum, 1996. 199 s.

NEŠPOR, K.; SCÉMY, L.; PERNICOVÁ, H. *Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a středních školách*. Praha : Sportpropag a.s., 1996. 156 s.

NEŠPOR, K.; SCÉMY, L.; PERNICOVÁ, H. *Problémy s návykovými látkami ve školním prostředí*. Praha : Sportpropag a.s., 1998. 104 s.

NOVÁKOVÁ, D.; BÉM, P. *Metodika protidrogové prevence pro pedagogy*. Praha : Národní centrum podpory zdraví, 1995. 14 s. ISBN 80-7071-012-8.

PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetřovatelství v kostce*. Praha : Grada, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.

PRESL, J. *Drogová závislost*. Praha : Maxdorf, 1994. 87 s. ISBN 80-85800-18-7.

ROZSYPALOVÁ, M.; ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetřovatelství 1*. Praha : Informatorium, 2002. 230 s. ISBN 80-86073-96-3.

STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovatelství*. Praha : Karolinum, 1996. 139 s. ISBN 80-7184-243-5.

STAŇKOVÁ, M.: *České ošetrovatelství – hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*, Brno IDV PZ, 2004 ISBN 80-7013-323-6

TRACHTOVÁ, E.: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Brno: IDV PZ, 2005 ISBN 80-7013-324-4

## **Použité internetové zdroje**

Heroin In *Wikipedia : the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida) : Wikipedia Foundation, 21.6.2006, 27.4.2010 [cit. 2010-05-05]. Dostupné z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Heroin>>.

[Http://www.biotox.cz](http://www.biotox.cz) [online]. 2009 [cit. 2010-05-10]. Předlékařská první pomoc. Dostupné z WWW: <<http://www.biotox.cz/enpsyro/pj3oppp.html>>.

[Http://www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz) [online]. c2003-2006 [cit. 2010-05-12]. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Dostupné z WWW: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/o\\_nas/co\\_jsme](http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/co_jsme)>.

[Http://www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz) [online]. c2003-2006 [cit. 2010-05-12]. Drogy a zákon. Dostupné z WWW: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/info/drogy\\_a\\_zakon](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/drogy_a_zakon)>.

[Http://www.historie-drog.apu.cz/](http://www.historie-drog.apu.cz/) [online]. 2007 [cit. 2010-05-06]. Historie drog. Dostupné z WWW: <<http://www.historie-drog.apu.cz/>>.

[Http://www.legalizace.cz](http://www.legalizace.cz) [online]. 2009 [cit. 2010-05-10]. Protidrogová politika v ČR. Dostupné z WWW: <<http://www.legalizace.cz/legislativa/protidrogova-politika-v-cr/>>.

[Http://www.odrogach.cz](http://www.odrogach.cz) [online]. c2003-2004 [cit. 2010-05-11]. Co je primární prevence. Dostupné z WWW:

<<http://www.odrogach.cz/index.php?disp=texty&sess=&p=1&shw=100002>>.

[Http://www.pmfhk.cz](http://www.pmfhk.cz) [online]. 2007 [cit. 2010-05-11]. Drogová epidemiologie. Dostupné z WWW:

<<http://www.pmfhk.cz/Prednasky/DROGOV%C3%81%20EPIDEMIOLOGIE.pdf>>.

[Http://www.policie.cz](http://www.policie.cz) [online]. c2010 [cit. 2010-05-12]. Národní protidrogová centrála. Dostupné z WWW: <<http://www.policie.cz/clanek/narodni-protidrogova-centrala-prezentace-utvaru.aspx>>.

[Http://www.portal.gov.cz](http://www.portal.gov.cz) [online]. c2003-2010 [cit. 2010-05-10]. Návykové látky. Dostupné z WWW:

<[http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411/\\_s.155/701?PC\\_8411\\_number1=379/2005&PC\\_8411\\_name=návykové látky&PC\\_8411\\_l=379/2005&PC\\_8411\\_pi=0&PC\\_8411\\_ps=10](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411/_s.155/701?PC_8411_number1=379/2005&PC_8411_name=návykové látky&PC_8411_l=379/2005&PC_8411_pi=0&PC_8411_ps=10)>.

[Http://www.substitucni-lecba.cz](http://www.substitucni-lecba.cz) [online]. 2010 [cit. 2010-05-07]. Jak jsou drogy užívány. Dostupné z WWW: <<http://www.substitucni-lecba.cz/jak-jsou-drogy-uzivany>>. ISSN 1804-0799.

[Http://www.vlada.cz](http://www.vlada.cz) [online]. c2009 [cit. 2010-05-10]. Protidrogová politika. Dostupné z WWW: <<http://www.vlada.cz/cz/pracovni-a-poradni-organy-vlady/protidrogova-politika/protidrogova-politika-397/>>.

HUTR, Karel; TANEČEK, David. *Příbramský deník.cz* [online]. 22.5.2009 [cit. 2010-05-17]. Příbramští kriminalisté odhalili varnu pervitinu. Dostupné z WWW: <<http://pribramsky.denik.cz/zlociny-a-soudy/drogyadistribuce20090522.html>>.

POLÁKOVÁ - UVÍROVÁ, Petra. *Olomoucký deník on-line* [online]. VLTAVA-LABE-PRESS, a.s., 23.7.2009 [cit. 2010-05-17]. Nepoučil se a drogy vyráběl dál, skončil ve vazbě. Dostupné z WWW: <<http://olomoucky.denik.cz/zlociny-a-soudy/nepoucil-se-a-drogy-vyrabel-dal-skoncil-ve-vazbe.html>>.

Profimedia. *Týden.cz* [online]. 7.7.2010 [cit. 2010-05-17]. Plastičtí chirurgové stále častěji řežou nosy narkomanů. Dostupné z WWW: <[http://www.tyden.cz/rubriky/zahranici/evropa/plasticti-chirurgove-stale-casteji-rezou-nosy-narkomanu\\_69463.html](http://www.tyden.cz/rubriky/zahranici/evropa/plasticti-chirurgove-stale-casteji-rezou-nosy-narkomanu_69463.html)>.

Psychoaktivní droga In *Wikipedia : the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida) : Wikipedia Foundation, 6.3.2009, 6.3.2009 [cit. 2010-05-17]. Dostupné z WWW: <[http://cs.wikipedia.org/wiki/Psychoaktivn%C3%AD\\_droga](http://cs.wikipedia.org/wiki/Psychoaktivn%C3%AD_droga)>.

RADIMECKÝ, J. *adiktologie.cz* [online]. 1.3.2006 [cit. 2010-05-05]. Drogová politika teoretický úvod. Dostupné z WWW: <<http://www.adiktologie.cz/articles/cz/90/200/Drogova-politika-teoreticky-uvod.html>>.

ZÁBRANSKÝ, T. *Http://www.adiktologie.cz* [online]. 2006 [cit. 2010-05-10]. Drogová epidemiologie. Dostupné z WWW: <<http://www.adiktologie.cz/publications/cz/126/95/Drogova-epidemiologie.html?acc=enb>>.

ZÁBRANSKÝ, T. *Webpark.cz* [online]. 15.6.2001 [cit. 2010-04-29]. Marihuana- epidemiologie, farmakodynamika, zdraví a závislost. Dostupné z WWW:: <[http://kverek.webpark.cz/problematika/prob\\_01/marihuana\\_zdravi.pdf](http://kverek.webpark.cz/problematika/prob_01/marihuana_zdravi.pdf)>.

## **Použitá periodika**

Buprenorfin. *Závislosti a my*. Září 2008, s. 11.

Když přijde školní inspekce. *Prevence*. Září 2004, s. 6-7.

Nová tvář prevence závislostí. *Závislosti a my*. Únor 2008, s. 10.

Subutex. *Závislosti a my*. Září 2008, s. 12.

Závislost na drogách je nemoc. *Závislosti a my*. Listopad 2008, s. 31.

## **Použité legislativní dokumenty**

METODICKÝ POKYN 20 006/2007-51 k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR ze dne 16. října 2007

SBÍRKA ZÁKONŮ

ZD 07/2001 STANDARD SUBSTITUČNÍ LÉČBY

## **Další zdroje**

Zdravotnická dokumentace klienta

Měření

Pozorování

Rozhovor s klientem

Rozhovor s personálem terapeutické komunity

**Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, 1. lékařské fakulty Univerzity  
Karlovy v Praze**

**VSTUPNÍ OŠEŘOVATELSKÝ ZÁZNAM**

*Jméno a příjmení:* nevedeno

*Oslovení:* nevedeno.

*Rodné číslo:* nevedeno

*Věk:* nevedeno

*Stav:* nevedeno

*Adresa:* nevedeno

*Osoba, kterou lze kontaktovat:* nevedeno

*Pojišťovna:* nevedeno

*Povolání:* nevedeno

*Vzdělání:* nevedeno

*Národnost:* nevedeno

*Vyznání:* nevedeno

**Datum přijetí:** nevedeno

**Hlavní důvod přijetí:** terapeutický – terapie závislosti na heroinu

**Lékařská diagnóza:**

1. Závislost na heroinu
2. Závislost na nikotinu
3. Abusus alkoholu
4. Abusus THC
5. St. p. nefrectomii
6. St. p. částečné resekci tlustého střeva s dočasnou kolostomií
7. Dna na terapii
8. Žaludeční eroze na terapii

**Jak je nemocný informován o své diagnóze?**

Klient je informován o své diagnóze od ošetřující lékařky.

Udává, že informacím rozumí.

**Osobní anamnéza:**

Porod a poporodní vývoj v normě, EPI 0, úraz hlavy 0, ŠŽ 0, febrilní křeče 0, DM 0, onko 0, operace: St. p. nefrectomii v dětství, St. p. částečné resekci tlustého střeva s dočasnou kolostomií, St. p. zanoření kolostomie v dospívání. Úrazy 0, další somatická onemocnění: dna na terapii, žaludeční eroze na terapii.

AA: vosí a včelí bodnutí, ostatní nejuje.

SA: Trvalý pobyt u matky, nežije u ní, přebývá v různých městech, státech, svobodný, bezdětný, partnerku nemá, základní vzdělání, SOU nedokončil.



PA: Nezaměstnaný, neveden na ÚP, zdravotní poj. platí matka, dříve distributor tisku (2 hod.), předtím průvodce.

ABUSUS: Alkohol: před zahájením terapie pil alkohol všeho druhu, denně, vzestupně. Alkohol byl přechodným médiem k recidivě zneužívání heroinu. Nikotin: kouří přibližně 20 cigaret denně. Drogy: za svůj život vyzkoušel LSD, THC, pervitin a heroin. Heroin mu nejvíce vyhovoval. Marihuanu nepovažoval za drogu, byla přechodným médiem k recidivě zneužívání heroinu. CRIMI: Nebyl nikdy trestán ani obviněn z trestného činu.

FA: Dříve užíval Hypnogen 2 mg na noc, Suboxone 5 mg. Nyní užívá Omeprazol 20 mg, Ginkobiloba, Milurit 100mg, Ibuprofen 400 mg při bolestech hlavy.

PSYCHIATRICKÁ A: Nikdy se neléčil pro žádná psychiatrická onemocnění. Dle svých slov trpí občasnými depresivními stavy. Byl několikrát dobrovolně hospitalizován na oddělení pro léčbu závislostí, na detoxikační jednotce, několikrát se pokoušel o léčbu závislosti v různých terapeutických zařízeních.

#### Rodinná anamnéza:

Otec matky zemřel na blíže nespecifikovanou rakovinu. Otec zemřel na infarkt myokardu. Nevlastní bratr je toxikoman, již druhým rokem abstinguje. Jiná psychiatrická onemocnění v rodině 0.

#### Vyšetření:

TT = 36,0, TK = 114/76, P = 79

Váha = 69kg výška = 172cm

Laboratoř:

Hematologie:

<i>KO</i>	
<i>Leukocyty</i>	7,86 *10 <sup>9</sup> /l
<i>Erytrocyty</i>	5,07 *10 <sup>12</sup> /l
<i>Hemoglobin</i>	164 g/l
<i>Hematokrit</i>	0,478 %
<i>Trombocyty</i>	260 *10 <sup>9</sup> /l
<i>MCV</i>	84,3
<i>MCH</i>	32,3
<i>MCHC</i>	342
<i>RDW</i>	14,5
<i>PLT</i>	226
<i>MPV</i>	7,8
<i>PCT</i>	0,177
<i>PDW</i>	15,9
<i>Diferenciál-stroj. Relativní</i>	
<i>Neutrofilly</i>	39,1
<i>Lymfocyty</i>	52,0
<i>Monocyty</i>	6,2
<i>Eosinofily</i>	2,1
<i>Basofily</i>	0,6
<i>Diferenciál-stroj. Absolutní</i>	
<i>Neutrofilly</i>	3,1
<i>Lymfocyty</i>	4,1
<i>Monocyty</i>	0,5
<i>Eosinofily</i>	0,2
<i>Basofily</i>	0

## Biochemie:

Natrium	147 mmol/l ↑
Kalium	4,2 mmol/l
Chloridy	105 mmol/l
Urea	5,5 umol/l
Celková bílkovina	75,1 mmol/l
Bilirubin	5,9 umol/l ↑
AST	0,33 ukat/l
ALT	0,31 ukat/l
ALP	1,08 ukat/l
GMT	0,47 ukat/l

HbsAg = negativní

Anti HBc = negativní

Anti HAV IgG = negativní

Anti HAV IgM = negativní

Anti HCV = negativní

VDRL = negativní

Anti HIV= negativní

## Moč:

<i>Hustota moči</i>	1007
<i>pH</i>	6,0

<i>Moč chemicky</i>	
<i>Bílkovina</i>	negativní
<i>Glukóza</i>	negativní
<i>Ketolátky</i>	negativní
<i>Bilirubin</i>	negativní
<i>Urobilinogen</i>	negativní
<i>Krev</i>	negativní
<i>Leukocyty</i>	negativní
<i>Nitráty</i>	negativní
<i>Močový sediment</i>	
<i>Leukocyty</i>	3 a. j.1/uL

Ambulantní urologické vyšetření pro nejasné bolesti v oblasti levého bedra.

Závěr: nephrolythiasis renis solit. l. sin.

Doporučení: tekutiny, nepřetěžovat fyzicky, nepředržovat moč, ambulantně dovyšetřit.

**Terapie:**

Omeprazol 20 mg 1 – 0 – 1

Ginko biloba 1 – 0 – 0

Milurit 100 mg 1 – 0 – 1

Ibuprofen 400 pb

**Nemocný má u sebe tyto léky:**

Klient u sebe nemá žádné léky.

**Je poučen, jak je má brát?**

**Obecná rizika:**

<i>nikotismus</i>	ne	ano	pokud ano, kolik denně: 20
<i>alkoholismus</i>	ne	ano	
<i>drogy</i>	ne	ano	pokud ano, jaké a jak dlouho: heroin, THC, přibližně 15 let.

<i>alergie</i>	jídlo	ne	ano	pokud ano, které:
	léky	ne	ano	pokud ano, které:
	jiné	ne	ano	pokud ano, na co: včelí a vosí bodnutí

*dekubity* 30 bodů- žádné riziko vzniku (škála Nortonové)

*pneumonie* 3 body- žádné ohrožení (komplikací v dýchacích cestách)

klient je zcela soběstačný- 100 bodů (test Barthelové)

klient trpí poruchou psychického zdraví- 8 bodů (stupnice hodnocení psychického zdraví)

**Důležité informace o stavu nemocného:**

Klient přichází do terapeutické komunity po předchozí domluvě s lékařkou. Je to již několikátý pokus o terapii. Klient se snaží léčit posledních deset let. Terapii nikdy nedokončil. Je po detoxikaci a po odvykacím stavu.

**Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:**

1. *Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)?* „jsem závislý, chci se léčit a nedokážu se vyléčit sám.“
2. *Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc?* „brát drogy jsem začal po té, co mě matka odvedla od prarodičů, kde jsem měl zázemí, do Prahy kde jsme zase spali na matracích. Také jsem byl zvědavý, jaké to je vzít drogu. Připadalo mi, že když jsem pod vlivem, tak neexistují žádné problémy. Později jsem začal být závislý.“
3. *Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak?* „drogy změnilý můj život od základů, nejprve se zdálo že k lepšímu, ale později jsem zjistil, že se moje myšlenky a snahy neupírají k ničemu jinému než k drogám.“
4. *Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane?* „Předpokládám, že se zbavím závislosti. Chci venku začít nový život čistého člověka.“
5. *Jaké to pro vás je být v nemocnici?* „Být v komunitě pro mě není velkou zátěží, možná naopak.“
6. *Kolik času podle vašeho odhadu strávíte v nemocnici?* „Předpokládám, že v komunitě strávím rok, možná i déle.“
7. *Máte dostatek informací a vašem léčebném režimu?* „Ano“
8. *Máte dostatek informací o nemocničním režimu?* „Ano“
9. *Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici? Upřesněte: „Ne“*

**Stupeň soběstačnosti** (je-li porušena, změřte stupeň poruchy):  
Soběstačnost není narušena, klient je zcela soběstačný.

**Komunikace:**

- |                   |                              |                       |                         |
|-------------------|------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| • stav vědomí     | <b>při vědomí</b>            | <del>semnolence</del> | <del>kóma</del>         |
| • kontakt navázán | <b>rychle</b>                | <del>s obtížemi</del> | <del>nenavázán</del>    |
| • komunikace      | <b>bez problémů</b>          | <del>bariéry</del>    |                         |
| • spolupráce      | <b>snaha spolupracovat</b>   |                       | <del>nedůvěřivost</del> |
|                   | <del>nekomunikuje</del>      |                       |                         |
|                   | <del>odmítá spolupráci</del> |                       |                         |

**HODNOCENÍ NEMOCNÉHO****1. Bolest a nepohodlí**

- ✓ Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného? *ano* **ne**  
pokud ano, upřesněte: .....
- ✓ Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím do nemocnice? *ano* **ne**  
pokud ano, upřesněte:.....  
jak dlouho? .....
- ✓ Na čem je vaše bolest závislá? .....
- ✓ Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíží)? .....
- ✓ Kde pociťujete bolest? .....
- Pokud budete mít u nás bolesti/obtíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění?....  
.....

**Objektivní hodnocení sestry:**

pocit pohodlí (lůžko, teplo): Klient je s uložením, teplotou i s lůžkem spokojen.  
charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změřte): Klient neudává žádné bolesti.

**2. Dýchání**

- ✓ Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním? *ano* **ne**  
pokud ano, upřesněte: .....
- ✓ Měl jste potíže před příchodem do nemocnice? *ano* **ne**  
pokud ano, upřesněte: .....
- ✓ Máte nyní potíže s dýcháním? *ano* **ne**  
pokud ano, co by vám pomohlo? .....
- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů? *nevím* *ano* *ne*  
pokud ano, zvládnete to? .....
- ✓ Kouříte? **ano** *ne*  
pokud ano, kolik? 20 cigaret denně

**Objektivní hodnocení sestry:**

dušnost, frekvence, pravidelnost, rýma, kašel, sputum atd.

klient je bez dušnosti, kašle, bez exudace z nosu. Bez jiných známek zánětu dýchacích cest. Dýchání je pravidelné a klidné. Klidová frekvence dechu je 16 dechů za minutu.

**3. Osobní péče**

- |   |            |           |
|---|------------|-----------|
| ✓ Můžete si všechno udělat sám?   | <b>ano</b> | <b>ne</b> |
| ✓ Potřebujete pomoc při mytí?   | <b>ano</b> | <b>ne</b> |
| ✓ Potřebujete pomoc při čistění zubů?   | <b>ano</b> | <b>ne</b> |
| ✓ Potřebujete pomoc při koupání či sprchování?  | <b>ano</b> | <b>ne</b> |
| ✓ Kdy se obvykle koupete nebo sprchujete? „Různě, tuto péči sem dříve dost zanedbával.“ |            |           |

**Objektivní hodnocení sestry:**

soběstačnost, upravenost, zanedbanost atd.: Klient se sprchuje každý večer a holí se každý den ráno. Uvádí, že jsou to pro něj rituály k udržení struktury dne, které potřebuje k životu v abstinenci. Dvakrát denně také pečuje o svůj chrup. V hygienické péči je zcela soběstačný. Vlasy a nehty jsou upravené. Vlasy si nechává stříhat od klientky, která je také v této terapeutické komunitě.

**4. Kůže**

- |   |               |                                |
|---|---------------|--------------------------------|
| ✓ Pozorujete změny na kůži?   | <b>ano</b>    | <b>ne</b>                      |
| ✓ Máte obvykle kůži?  | <b>suchou</b> | <b>mastnou</b> <b>normální</b> |
| ✓ Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť? „Neošetřuji si pleť.“ |               |                                |
| ✓ Svědí vás kůže?   | <b>ano</b>    | <b>ne</b>                      |

**Objektivní hodnocení sestry:**

celistvost, vyrážka, hematomy, opruzeniny, rány, jizvy atd. Stav kůže je dobrý. Kůže celého těla je bez dekubitů, opruzenin, hematomů a vyrážky. Jizvy po resekcii střeva a po nefrectomii jsou znatelné. Dle škály Nortonové nemá klient žádné riziko vzniku dekubitů. Je bez známek svědění a škrábání kůže.

**5. Strava a dutina ústní**

- |  |                   |  |
|--|-------------------|--|
| a) Jak vypadá váš chrup?   | <b>dobrý</b>      |  |
| <b>vadný</b>   |                   |  |
| • Máte zubní protézu?  | <b>dolní</b>      | <b>horní</b>   |
| <b>žádnou</b>  |                   |  |
| • Dělá vám stav vašeho chrupu při jídle potíže?<br>pokud ano, upřesněte .....  | <b>ano</b>        | <b>ne</b>  |
| • Máte rozbolavělá ústa?<br>pokud ano, ruší vás to při jídle? .....  | <b>ano</b>        | <b>ne</b>  |
| b) Myslíte, že máte tělesnou váhu  | <b>přiměřenou</b> | <del>vyšší</del> (o kolik)<br><del>nižší</del> (o kolik) |
| c) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu?<br>pokud ano, o kolik kg jste zhubnul/přibral: při užívání hubne, při abstinenci přibírá (v obou případech až 10 kg) | <b>ano</b>        | <b>ne</b>  |
- Co obvykle jíte? „Všechno, nevybírám si.“
  - Je něco co nejíte? Proč? „Ne.“

- Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován? *ano* **ne**  
pokud ano, upřesněte: .....
- Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice? „Ne.“  
pokud ano, upřesněte: .....  
co by mohlo problém vyřešit? .....
- Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? „Ne.“  
pokud ano, očekáváte, že ji budete schopni dodržovat?  
.....

**Objektivní hodnocení sestry**

stav výživy, enterální výživa, dieta, parenterální výživa, soběstačnost: Klientovi je podávána nacionální výživa bez dietního omezení. Dojídání se u klienta nesleduje. Při stravování je klient plně soběstačný. Jeho váha je 69 kg a výška 172 cm, BMI = 24, což je norma. Klient se stravuje v jídelně s ostatními klienty terapeutické komunity. Nauzeou, nechutenstvím ani zvýšenou chutí k jídlu netrpí.

**6. Příjem tekutin**

- ✓ Změnil jste příjem tekutin od té doby, co jste onemocněl?  
*zvýšil* **snížil** **nezměnil**
- ✓ Co rád pijete? Obyčejnou vodu
- ✓ Co nepijete rád? Slazené limonády
- ✓ Kolik tekutin denně vypijete? Cca 1500 ml
- ✓ Máte k dispozici dostatek tekutin? **ano**  
*ne*

**Objektivní hodnocení sestry:**

(projevy dehydratace, soběstačnost při příjmu tekutin, tekutiny v dosahu): klient pije obyčejnou vodu, čaj nebo šťávu, která je v terapeutické komunitě k dispozici. Nejeví známky dehydratace, kožní turgor je v normě, kůže, rty, jazyk a bukání sliznice jsou přiměřeně hydratovány, nejsou oschlé, orientace časem a prostorem není zhoršená. Obě dolní i horní končetiny jsou bez otoku. Bilance tekutin není sledována.

**7. Vyprazdňování stolice**

- ✓ Jak často chodíte obvykle na stolicí? „Pravidelně, 1x za 2 až 3 dny.“
- ✓ Máte obvykle **normální stolice**  
*zácpu*  
*průjem*
- ✓ Kdy se obvykle vyprazdňujete? „Různě, nevím.“
- ✓ Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnil? „Snídaně, káva, cigareta“
- ✓ Berete si projímadlo? **nikdy** *příležitostně* **často**  
*pravidelně*
- ✓ Pokud ano, jaké .....
- ✓ Máte nyní problémy se stolicí? *ano* **ne**  
pokud ano, jak by se daly vyřešit: .....

**Objektivní hodnocení sestry:**

konzistence, barva, frekvence, příměsi atd.: Stolice je dle klienta normální barvy zápachu i konzistence. Vyprazdňuje se pravidelně denně, většinou ráno. Meteorismem ani flatulencí netrpí. V oblasti vyprazdňování je klient zcela soběstačný.

**8. Vyprazdňování moči**

- ✓ Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice? **ano** **ne**  
pokud ano, upřesněte:  
.....  
jak jste je zvládal?
- ✓ Co by vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici?  
.....  
.....
- ✓ Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice? **ano** **ne**  
pokud ano, myslíte, že to zvládnete?  
.....

**Objektivní hodnocení sestry:**

diuréza, barva atd.: Moč je dle klienta čirá bez příměsí, slámově žlutá. Diuréza se nesleduje. Léky ovlivňující močení klient neužívá.

**9. Lokomotorické funkce**

- ✓ Máte potíže s chůzí? **ano** **ne**  
pokud ano, upřesněte:
- ✓ Měl jste potíže s chůzí už před přijetím? **ano** **ne**  
pokud ano, upřesněte:  
.....  
.....
- ✓ Řekl vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil? **ano** **ne**  
pokud ano, upřesněte:  
.....  
.....
- ✓ Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění? **ano** **ne**  
pokud ano, jak, že je zvládnete? *nevím* .....  
.....

**Objektivní hodnocení sestry:**

Klient je při chůzi zcela soběstačný.

**10. Smyslové funkce**

- ✓ Máte potíže se zrakem? **ano** **ne**  
pokud ano, upřesněte: dalekozrakost i krátkozrakost
- ✓ Nosíte brýle? **ano** **ne**  
pokud ano, máte s nimi nějaké problémy? „Ne.“
- ✓ Slyšíte dobře? **ano** **ne**  
pokud ne, užíváte naslouchadlo? **ano** **ne**  
jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl?  
.....

**Objektivní hodnocení sestry:**

Klient používá bifokální brýle. Má je s sebou v terapeutické komunitě. Slyší dobře.

**11. Fyzická a psychická aktivita**

- ✓ Chodíte do zaměstnání? Pokud ano, co děláte? „Ne.“  
Máte potíže pohybovat se v domácnosti? *ano* *ne*
- ✓ Máte doporučeno nějaké cvičení? Pokud ano, upřesněte:  
.....
- ✓ Víte, jaký je váš pohybový režim v nemocnici? *ano* *ne*
- ✓ Co děláte rád ve volném čase? „Nemám koníčky.“
- ✓ Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici? Tuto otázku jsem nepokládala, klient má daný režim dne.
- ✓ Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění?  
.....

**Objektivní hodnocení sestry:**

Klient má v terapeutické komunitě dán přesný denní režim. Momentálně zastává funkci vrátného a funkci zahradníka. Pobyt zde bere velice vážně a ke všem svým povinnostem se staví velice zodpovědně, i když mu třeba některá aktivita nebo funkce plně nevyhovuje. Ví, že mu v reálném životě také nebude všechno vyhovovat. Televizi příliš nesleduje. Pouze občasně televizní noviny.

**12. Odpočinek a spánek**

- ✓ Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání? 8 hodin
- ✓ Máte doma potíže se spánkem? *ano* *ne*  
pokud ano, upřesněte: „Vždy po začátku abstinence špatně spím, trvá to přibližně měsíc i déle než se spánek upraví. Těžko se mi usíná, probouzím se brzy ráno.“  
Kolik hodin obvykle spíte? 5 hodin
- ✓ Usínáte obvykle těžko? *ano* *ne*
- ✓ Budíte se příliš brzo? *ano* *ne*  
pokud ano, upřesněte  
.....
- ✓ Co podle vás způsobuje vaše potíže? „Abstinence.“
- ✓ Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát? „Cigareta okolo 21 hodiny.“
- ✓ Berete doma léky na spaní? *ano* *ne*  
pokud ano, které: 1 tabletu hypnogenu  
Zdřímnete se i během dne? Jak často a jak dlouho? „Ne.“

**Objektivní hodnocení sestry:**

únava, denní a noční spánek apod.: Kvůli starostem a dřívějšímu způsobu života hůře usíná a budí se brzy ráno. Bývá přes den unavený. Ve dne neusíná. Žádné léky ovlivňující spánek zde neužívá.



**13. Sexualita**

- ✓ Způsobila vaše nemoc nějaké změny ve vašem partnerském vztahu?

ano ne

pokud ano, upřesněte: „Nemám nyní partnerský vztah.“

Očekáváte, že se změní po odchodu z nemocnice váš intimní život?

ano ne

pokud ano, upřesněte:

V období užívání heroínu klient netoužil po uspokojování svých sexuálních potřeb. Ani dle klienta nedocházelo k erekci. Při abstinenci se mu prý libido postupně zvyšuje. Měl stálou přítelkyni 4 roky, ale opustil jí kvůli závislosti. Od té doby žil bez partnerky. Po dokončení terapie očekává problémy v sexuálním životě. Doslovně uvádí „jsem panic za střízliva“. V sexu bez drogy nebo alkoholu si nevěří. Při nynější dlouhodobější abstinenci se začal obávat neplodnosti. Nemá ale tuto obavu podloženu lékařským vyšetřením. Uvádí, že pro něj není problém dítě adoptovat. Nejraději by si prý našel ženu již s dítětem. Libido se mu postupně zvyšuje. Uvažuje o vztahu mimo komunitu. Tento vztah mu ale není terapeuticky doporučován. Vnímá to jako veliký problém.

- *pacient o sexualitě nechce hovořit*

- *otázky nebyly položeny z důvodu vysokého věku nemocného*

**14. Psychologické hodnocení**

• <b>emocionalita</b>	stabilní	<b>spíše stabilní</b>	labilní
• <b>autoregulace</b>	dobře se ovládá	hůře se ovládá	
• <b>adaptabilita</b>	přizpůsobivý	nepřizpůsobivý	
• <b>příjem a uchování informací</b>	bez zkreslení	zkresleně (neúplně)	
• <b>orientace</b>	orientován	dezorientován	
• <b>celkové ladění</b>	úzkostlivý sklíčený	smutný apatický	rozzlobený

**15. Rodina a sociální situace**

- ✓ S kým doma žijete? „S matkou, s babičkou, ale většinou sám.“
- ✓ Kdo je pro vás nejdůležitější člověk (nejbližší) člověk? „Nikdo.“
- ✓ Komu mohou být poskytnuty inf. o vašem zdrav. stavu? „Matce.“
- ✓ Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu? „Žádný.“
- ✓ Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštěvovat? „Ano. Matka.“
- ✓ Je na vás někdo závislý? „Ne.“
- ✓ Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? „Dobře.“
- ✓ Kdo se o vás může postarat? „Matka“

**Sociální situace** (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci atd.):

Klient udává, že se nikde necítil být doma. Trvalým bydlištěm je hlášen u své matky a babičky, kde přebýval zřídka. Často se stěhoval. Většinu bytů si pronajímal Praze a okolí. Často bydlel i v zahraničí, konkrétně v Řecku. Byl zvyklý bydlet sám. Zde v komunitě se cítí být doma.

**Chcete mi ještě něco říci, co by vám pomohlo v ošetrovatelské péči:**

„Ne.“

## 16. Souhrnné hodnocení nemocného

### **Shrnutí závěru** důležitých pro ošetrovatelskou péči

Klient uvádí, že si uvědomuje svou závislost a chce se léčit. Pobyt v terapeutické komunitě bere vážně a zodpovědně. Je zcela soběstačný. Všechny úkoly spojené s pobytem v terapeutické komunitě zvládá bez obtíží. Abstinuje. Nejeví známky poruchy chování ani vnímání. Suicidální sklony nemá. Udává, že se cítí osamělý. Uvádí obavy nejasného původu. Má potíže v oblasti spánku.

STUPNICE HODNOCENÍ PSYCHICKÉHO ZDRAVÍ  
(Savage, Britton, 1967, Kolibiáš a spol. 1993)

Položky:	Odpověď:
1. Cítíte se většinu času dobře?	<b>Ne (1 b)</b>
2. Máte často obavy o své zdraví?	<b>Ano (1 b)</b>
3. Trpíte často bolestmi hlavy	<b>Ano (1 b)</b>
4. Měl jste v poslední době závratě?	Ano (0 b)
5. Často se Vám třesou ruce při práci?	<b>Ano (1 b)</b>
6. Míváte záškuby ve svalech?	Ano (0 b)
7. V poslední době jste měl bolesti jen zřídka nebo vůbec ne?	Ne (0 b)
8. Vnímáte necitlivost v jedné nebo více částí těla?	Ano (0 b)
9. Máte vždy ruce a nohy dostatečně teplé?	<b>Ne (1 b)</b>
10. Je Váš spánek přerušovaný, povrchní nebo jinak narušený?	<b>Ano (1 b)</b>
11. Jdete většinou spát bez myšlenek, které by Vás trápily?	<b>Ne (1 b)</b>
12. Máte rád společnost, jste rád mezi lidmi?	Ne (0 b)
13. Často vás něco trápí?	<b>Ano (1 b)</b>
14. Jste často plný elánu (energie)?	Ne (0 b)
15. Cítíte se často neúčinný?	Ano (0 b)

Pacient zatrhne jen ty odpovědi, které se ho týkají.

**Zhodnocení: 8 bodů = porucha psychického zdraví**

